



CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL



JAMILE DA SILVA ARAÚJO

**A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE OS SERVIÇOS NO SISTEMA DE
SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO NO HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB**

PATOS/ PB
2017

JAMILE DA SILVA ARAÚJO

**A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE OS SERVIÇOS NO SISTEMA DE
SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO NO HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Bacharelado em Serviço Social das
Faculdades Integradas de Patos, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social, sob a orientação da professora
Kátia Gerlânia Soares Batista.

PATOS/ PB
2017

JAMILE DA SILVA ARAÚJO

**A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE OS SERVIÇOS NO SISTEMA DE
SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO NO HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Bacharelado em Serviço Social das
Faculdades Integradas de Patos, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social, sob a orientação da professora
Kátia Gerlânia Soares Batista.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ma. Kátia Gerlânia Soares Batista. (Orientadora)
Faculdades Integradas de Patos - FIP

Profa. Ma. Anarita de Souza Salvador (1º examinadora)
Faculdades Integradas de Patos - FIP

Profa. Ma. Antônio Gomes Furtado (2º examinadora)
Faculdades Integradas de Patos - FIP

“O amor é paciente, o amor é bondoso. Não inveja, não se vangloria, não se orgulha. Não maltrata, não procura seus interesses, não se ira facilmente, não guarda rancor. O amor não se alegra com a injustiça, mas se alegra com a verdade. Tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta.” (1 Coríntios 13:4-7)

AGRADECIMENTOS

Ao término desse curso de Bacharelado em Serviço Social das Faculdades Integradas de Patos só tenho a agradecer a todos que contribuíram de forma direta ou indiretamente para a realização do mesmo. Foram dias, meses e anos de dificuldades, de correria, de exaustão, de achar que não ia conseguir concluí-lo. Porém, também foram épocas de muitas alegrias, aprendizado, entusiasmo, amizades construídas, risadas, brincadeiras, farras, enfim, dias que marcarão para sempre minha história. E graças a DEUS e minha mãezinha do céu A VIRGEM MARIA que não se cansa de interceder por mim, estou aqui com o coração cheio de gratidão e as lágrimas escorrendo pelos olhos por mais uma conquista alcançada em minha vida. Obrigado Senhor, para ti toda honra, glória e louvor.

Sem palavras para agradecer a uma pessoa muito especial em minha vida que hoje não se encontra mais em nosso meio, todavia vive e reina no meu coração, minha vovozinha INACIA ÁUREA, meu muito obrigado por tudo és autora dessa história, saibas que te amo com amor eterno. Agradeço imensamente ao meu PAINHO, um homem de uma fé inabalável, de muita garra, força, que pela sua simplicidade e humildade me ensina o melhor da vida e me faz sentir a filha mais amada do mundo. Agradeço sem medidas a ela que me trouxe ao mundo, que me acolhe e ampara quando preciso com seu colo de mãe, que me dá carinho e amor todos os dias, que está sempre ali para o que der e vier junto comigo, minha MAINHA, preciosa és para Deus e para mim. Amo vocês incondicionalmente.

Aos 6 anos de idade comecei a pedir um irmãozinho para minha mãe e queria um homem que não era para mim ficar no canto (risos). Com pouco tempo de espera, nasce um menino sapeca e danado que nasceu com dois dentes, ele HUGO THAYNAN (meu músico favorito), que veio para alegrar meus dias, me aperrear, tirar meu juízo, mais que eu amo muito, é o único que tem o mesmo sangue e o mesmo sobrenome que o meu, o único que saiu do mesmo lugar que eu, o único que mesmo nas brigas nunca ficamos distantes. De bebe chorão tornou-se meu melhor amigo. Obrigado maninho por existir. Te amo e agradeço por tudo que fez e faz por mim.

A minha família: “O lugar de aprender a ouvir e também a falar, dividir as alegrias aprender perdoar, mesmo simples, pra mim é a minha mansão. Onde posso descansar feliz meu coração. Se estou triste me alegro aqui, se o mundo me machuca cura também. Onde perdoar primeiro aprendi, me conduzindo no caminho do bem. Onde encontro o mais puro amor. Quem sabe me entender nas horas de dor, onde encontro sempre com quem falar. É

minha casa, meu cantinho, meu lar, onde aprendi a ouvir: Eu te amo, onde aprendi a dizer: eu te amo. Onde aprendi a viver.”

A todos meus TIOS, TIAS, PRIMOS, PRIMAS, que contribuíram para essa jornada de minha vida, meu muito obrigado. As minhas AMIGAS que estão pensando que sumi do mapa e que nos momentos de minha ausência dedicada aos estudos, entenderam que mesmo distante (e sem está curtindo uma vida louca com elas), sempre se fizeram presentes com mensagens e ligações, que me incentivam a continuar, e que depois iríamos comemorar muito. Meu muito obrigada por tudo. Vocês estarão sempre nas minhas orações.

Agradeço carinhosamente a todos os PROFESSORES da FIP que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal. Agradeço muitíssimo a minha SUPERVISORA ACADEMICA Kátia Gerlânia Soares Batista, pelos ensinamentos transmitidos, pelas orientações e por sempre estar me acompanhado na preparação do TCC, pela paciência e pelo carinho, és um ser incrível e digno de admiração. Agradeço imensamente a toda equipe profissional do Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro de Patos, PB pela recepção ao longo do estágio e em especial a minha SUPERVISORA DE CAMPO Lucicleide Figueiredo, pelo companheirismo, paciência e todo conhecimento repassado. Assim como não poderia deixar de agradecer as minhas queridas amigas e companheiras de faculdade, Amanda Siqueira, Catarina Sena e Myllena Christiê, por me ajudarem, me guiarem, pela troca de informações e por me “abrigarem” em suas casas quando precisei, sou muito grata a vocês minhas “gatinhas da balada”.

Agradeço de forma carinhosa a toda turma concluinte do Serviço Social 2017.2, que Deus continue abençoado cada um, obrigado pelas conversas, pelo aprendizado, experiências e por cada momento vivido guardarei para sempre em meu coração.

Se eu tentasse definir esse momento palavras não teriam fim, agradeço a todos e a muitos outros que não citei aqui mais que tem um lugar muito especial em minha vida. É hora de celebrar e olhar para o futuro, é hora de viver novas experiências e buscar novos aprendizados, novos tempos, novos ares e novas conquistas.

Oração do Pai Nosso ...

Oh, pai nosso tu que estás, nos que amam a verdade.

Fazei que o reino que é teu Senhor, cresça sempre em nossos corações, e o amor que teu filho nos deixou, o amor.

Esteja sempre conosco.

E o pão da unidade, Cristo daí- nos tua paz.

E perdoa os nossos pecados como perdoamos aos demais.

Não permitas que caiamos em tentação, ó senhor.

Dá tua paz ao mundo.



LISTA DE SIGLAS

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNS - Conferência Nacional de Saúde

COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CREAS – Centro de Referência de Assistência Social

DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores via Terrestre

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FGTS – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço

HRP- Hospital Regional de Patos

IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INEP – Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

NASF – Núcleo de Apoio da Família

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PASEP – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PIS – Programa de Integração Social

POP – Procedimento Operacional Padrão

PRO-RURAL – Programa de Desenvolvimento Econômico Territorial

PSF - Programa de Saúde da Família

RMV – Renda Mensal Vitalícia

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Idade

Gráfico 02 – Estado Civil

Gráfico 03 - Profissão

Gráfico 04 - Escolaridade

Gráfico 05 - Renda Mensal

Gráfico 06 - Participação em Programa Social

Gráfico 07 - Acompanhamento através do Serviço de Saúde

Gráfico 08 - Principais Dificuldades no Atendimento de Saúde no Hospital Regional

Deputado Janduhy Carneiro de Patos-PB

Gráfico 09 - Avaliação de Atendimento

Gráfico 10 - Atendimento prestado pelas enfermeiras

Gráfico 11- Avaliação de Atendimento prestado pelos Médicos

Gráfico 12 - Sentiu-se acolhido pelo Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro

SUMÁRIO

RESUMO	11
ABSTRACT	12
INTRODUÇÃO	13
CAPITULO I - ASPECTOS HISTÓRICOS DA POLITICA DE SAÚDE NO BRASIL	15
1.1-Bases de implantação da Política Pública de Saúde	15
1.2- A Constituição de 1988 e a construção do direito à saúde	17
CAPÍTULO II-ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	23
2.1- A Inserção do Serviço Social na Saúde	23
2.2- A inserção do Serviço Social no Hospital	25
CAPÍTULO III - A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE OS SERVIÇOS NO OFERTADOS NO HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB	29
3.1 Caracterização do Município de Patos, PB	29
3.2 Caracterização do Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro	30
3.3 Resultado da Pesquisa	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERENCIAS	52
APENDICE A- QUESTIONARIO DA PESQUISA DE CAMPO	54
APENDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	56
ANEXO A- TERMO DE COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	59
ANEXO B- TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DOS PESQUISADORES	60
ANEXO C- TERMO DE ANUENCIA	61
ANEXO D- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	62
ANEXO E – PARECER DO COMITE DE ETICA EM PESQUISA	63

RESUMO

O presente trabalho apresenta as discussões sobre a satisfação dos usuários nos serviços ofertados pelo Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro na cidade de Patos- PB. O referido trabalho é fruto das discussões realizadas durante o período de estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social II e III, ocasião em que percebemos as demandas atendidas no HRP, bem como o contexto de precarização em que se encontram os serviços de saúde pública. Nesse sentido, analisamos o grau de satisfação dos usuários dos serviços ofertados pelo Hospital Regional de Patos, PB; Identificamos as demandas que chegam ao hospital com mais frequência; Levantamos os pontos positivos e negativos apontados pelos usuários sobre os serviços prestados pelo HRP, bem como, verificamos se os direitos garantidos em lei estão sendo materializados na prática, tendo em vista o desenvolvimento dos serviços prestados pela instituição. Para tanto, realizamos um estudo de campo, de natureza exploratória, descritiva, através de entrevista estruturada com um roteiro de questões objetivas, que foi aplicado com vinte usuários no intuito de descrever como se materializa a política da saúde nesse espaço, e como se dá o grau de satisfação em relação ao atendimento prestado. Os dados da pesquisa foram coletados entre os meses de julho e agosto de 2017, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa das FIP (Faculdades Integradas de Patos). Ao analisarmos os dados contidos nas falas dos usuários do serviço de saúde, fortalecidas pela descrição reflexiva do objeto pesquisado, emergiram vários fatores determinantes na visão dos usuários e que de certa forma influenciam no atendimento e na visão da qualidade do atendimento, são eles: falta de comunicação; carência de infraestrutura; falta de compromisso profissional. Desse modo, consideramos que as alterações na viabilização do direito à saúde e a qualidade do atendimento hospitalar, dependem da mudança organizacional no setor saúde, da postura do profissional, da vontade dos gestores, da reestruturação no processo de educação permanente e na articulação do trabalho em redes.

Palavras-chave: Satisfação. Usuários. Sistema Único de Saúde (SUS)

ABSTRACT

The present work presents the discussions about user satisfaction in the services offered by the Deputy Regional Hospital Janduhy Carneiro in the city of Patos-PB. This work is the result of the discussions carried out during the period of mandatory supervised internship in Social Work II and III, at which time we perceive the demands met in the HRP, as well as the context of precariousness in which the public health services are. In this sense, we analyze the degree of satisfaction of the users of the services offered by the Regional Hospital of Patos, PB; We identify the demands that come to the hospital more frequently; We raise the positive and negative points pointed out by the users about the services provided by the HRP, as well as verify if the rights guaranteed by law are being materialized in practice, in view of the development of the services provided by the institution. To do so, we conducted a field study, exploratory, descriptive, through a structured interview with a roadmap of objective questions, which was applied with twenty users in order to describe how health policy materializes in this space, and how it happens the degree of satisfaction in relation to the service rendered. The data of the research were collected between July and August of 2017, after approval of the Ethics and Research Committee of the FIP (Faculdades Integradas de Patos). When analyzing the data contained in the speeches of the users of the health service, strengthened by the reflective description of the researched object, several determinant factors emerged in the view of the users and that in a way influence the attendance and the vision of the quality of care, they are: lack of communication; lack of infrastructure; lack of professional commitment. Thus, we consider that changes in the viability of the right to health and the quality of hospital care depend on the organizational change in the health sector, on the professional attitude, on the willingness of the managers, on the restructuring in the process of permanent education and on the articulation of work in networks.

Keywords: Satisfaction. Users. System of Health (SUS)

INTRODUÇÃO

O presente estudo apresenta as discussões pertinentes à satisfação dos usuários sobre os serviços no sistema de saúde pública: um estudo no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro no Município de Patos-PB.

Esta iniciativa insere-se na proposta pedagógica do Estágio Supervisionado Obrigatório, vinculado a pesquisa de campo realizada pela estagiária do Curso Bacharelado em Serviço Social das Faculdades Integradas de Patos-PB.

A temática em foco teve como objetivos: analisar o grau de satisfação dos usuários dos serviços ofertados pelo Hospital Regional de Patos, PB; identificar as demandas que chegam ao hospital com mais frequência; levantar os pontos positivos e negativos apontados pelos usuários sobre os serviços prestados pelo HRP; verificar se os direitos garantidos em lei estão sendo materializados na prática, tendo em vista o desenvolvimento dos serviços prestados pela instituição.

A qualidade da assistência nos serviços de saúde pode ser definida como satisfação das necessidades dos usuários. Estes devem ser ouvidos acerca da avaliação sistemática das atitudes dos profissionais da saúde, como também a respeito do impacto dos processos de tratamento sobre sua saúde. A impressão generalizada dos usuários sobre o desempenho dos serviços públicos de saúde é de que o sistema é deficiente, com os seguintes problemas: cobertura insuficiente, desigualdade no atendimento, baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais, baixa capacidade resolutiva, reduzido grau de satisfação por parte dos usuários e dos próprios trabalhadores.

A questão norteadora do estudo, propõe-se ao seguinte questionamento: a qualidade dos serviços prestados pelo SUS conduz à satisfação ou insatisfação nos pacientes internados no Hospital Regional de Patos?

Para tanto, realizamos um estudo de campo, de natureza exploratória, descritiva, através de entrevista estruturada com um roteiro de questões objetivas, que foi aplicado com os usuários no intuito de descrever como se materializa a política da saúde nesse espaço, e como ocorreu o grau de satisfação em relação ao atendimento prestado.

A saúde no nosso país sempre foi algo apresentado como um desafio, principalmente para aqueles segmentos mais vulneráveis da população. Na sua gênese, a questão da saúde era direcionada ao tratamento de endemias e epidemias. A saúde constituía-se em um direito privado, interligado a lógica contributiva da previdência social, ou seja, só tinha acesso quem

era vinculado as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e depois aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

A promulgação da Constituição Federal em 1988 representou a conquista e a garantia do direito pela saúde. Mais precisamente nos seus artigos 196 a 200, a saúde se consolidou como direito de todos e dever do Estado, atendendo em sua grande parte às reivindicações postas pelo movimento sanitário.

No primeiro momento de investigação científica, foram levantados dados bibliográficos que fornecessem subsídios para a realização de uma especulação mais clara e minuciosa sobre as medidas tomadas em relação à temática em discussão, tais como BRAVO (2009), COSTA (2000), IAMAMOTO (2005), PAIM (2013), entre outros. Em seguida, começamos a leitura e seleção do material bibliográfico que permitiu a elaboração do projeto de pesquisa a ser aplicado com os usuários que acessam os serviços do HRP, os quais se constituíram nos sujeitos da pesquisa.

No tocante aos procedimentos metodológicos, a proposta exploratória desta pesquisa dar-se-á à luz de metodologias qualitativas e quantitativas, com predominância do método qualitativo, tanto na utilização dos instrumentos e técnicas de coleta dos dados empíricos, como na sua análise.

O estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Integrada de Patos, em atendimento aos critérios preconizados nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Pesquisa e Ensino e Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre normas éticas para pesquisa com seres humanos.

No primeiro capítulo, traçamos um breve histórico da política de saúde no Brasil. no segundo capítulo, discutimos a atuação do Serviço Social no campo da saúde, e em seguida, apresentamos os resultados e as discussões da pesquisa.

Para tanto, seguimos uma visão crítica-dialética, objetivando traçar um breve resgate histórico do objeto de estudo a luz de análises qualitativas na tentativa de evidenciar os aspectos mais relevantes da realidade investigada.

CAPITULO I – ASPECTOS HISTÓRICOS DA POLITICA DE SAÚDE NO BRASIL

1.1-Bases de implantação da Política Pública de Saúde

O Brasil desde seu descobrimento até a fase do Império, não dispunha de nenhum dispositivo de saúde. Deste modo, eram utilizadas, algumas técnicas de saúde, como o uso de plantas medicinais e os curandeiros. Com a vinda da família real ao Brasil criou a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. No século XVIII, a população mais pobre não tinha acesso à saúde, ficando assim, a mercê de atendimentos filantrópicos nos hospitais de caridade mantidos pela igreja católica. No início do século XX o Brasil se encontrava em um estado epidêmico, principalmente na cidade do Rio de Janeiro, apresentando um quadro de epidemias, como a tuberculose, tifo, gripe espanhola, a malária, a febre amarela, a peste e varíola e outras. Em 1892 foram criados os primeiros laboratórios que tinham o intuito de gerar melhores condições sanitárias para as cidades. Com o surgimento da epidemia de várias doenças, o Presidente da República Rodrigues Alves nomeia como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública o Sr. Oswaldo Cruz, que designou medidas de desinfecção sanitária e de vacinação obrigatória anti-varíola que desagradou à população, gerando um movimento que ficou conhecido como a Revolta da Vacina.

Com a emergência do trabalho assalariado, foi colocado em tese, a questão de higiene e saúde do trabalhador, onde foram tomadas algumas medidas que se constituirão o esquema previdenciário brasileiro tendo como mais importante, através da Lei Elói Chaves de 24 de janeiro 1923, se deu a criação das (CAPs) Caixas de Aposentadoria e Pensões, trazendo benefícios para a saúde dos trabalhadores.

As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las.

A criação das CAPs deve ser entendida, assim, no contexto das reivindicações operárias no início do século, como resposta do empresariado e do estado a crescente importância da questão social. Em 1930, o sistema já abrangia 47 caixas, com 142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados, e 7.013 pensionistas. (POLIGNANO, s.d)

O sistema de saúde na década de 1920 apresentava um caráter centralizador, dando ênfase ao sistema previdenciário da época respaldado na ampliação do sistema de mercado, onde só tinha acesso aos serviços de saúde, aqueles que contribuíam com as caixas de aposentadorias e pensões – CAPs, e isso, traz um reflexo de marcas de desproteção e desamparo aos que não estavam inseridos no mercado de trabalho.

As antigas CAPs são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Nestes estabelecimentos os trabalhadores se organizavam por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa.

Em 1934 no governo de Getúlio Vargas, implementa programas de assistência médica aos trabalhadores e assim garantindo mais direitos aos operários que contribuíam com a previdência, ou seja, aqueles que tinham emprego formal, e aqueles trabalhadores que não contribuíam recorriam as santas casas de misericórdias para se tratarem.

Segundo POLIGNANO “em meados da década de 1937, a política do Estado novo exigiu uma legislação social que garantisse maiores direitos aos trabalhadores urbanos, que contribuíam com a previdência social”. A criação da CLT, Consolidação das Leis Trabalhistas, em 1943, garantiu benefícios como indenização a acidentados e tratamento médico aos doentes portadores de carteira assinada.

A partir das relações contraditórias entre capital x trabalho, as desigualdades sociais se tornam cada vez mais evidentes, e o Estado começa a intervir frente a esta realidade, criando programas sociais para beneficiar a população carente.

Na década de 1970 surge o INPS Instituto Nacional de Previdência Social, que aumenta a assistência médica aos operários, em 1974 o sistema previdenciário saiu da área do Ministério do Trabalho, para se consolidar como um ministério próprio, o Ministério da Previdência e Assistência Social, nesse mesmo ano cria-se a Renda Mensal Vitalícia (RMV) e logo em seguida surge o FGTS (Fundo de Garantia do Tempo de Serviço), um fundo de garantia de direitos aos trabalhadores de carteira assinada. Algum tempo depois foi criado o PIS/PASEP¹. E também foi criado um programa de assistência ao trabalhador rural o PRO-RURAL². Em 1978 o INPS passa a ser o INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, devido ter se tornado cada vez mais complicado tanto na administração quanto no financeiro, passa a ter uma estrutura de administração própria.

O movimento da Reforma Sanitária nasceu, no ano de 1970, por meio de acadêmicos. Seu objetivo se deu no conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e

¹ Programa de Integração Social e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público.

² Programa de Desenvolvimento Econômico e Territorial.

transformações necessárias na área da saúde. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

1.2- A Constituição de 1988 e a construção do direito à saúde

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, foi um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde no Brasil, e contou com a participação de acadêmicos, profissionais da área de saúde, movimentos populares de Saúde, sindicatos, e mesmo grupos de pessoas não diretamente vinculados à saúde. O conjunto dessas forças impulsionou a reforma sanitária, que obteve sua maior legitimação com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. Antigamente, a saúde era encarada apenas como a ausência de doenças, o que acarretou muitas doenças e misérias, tais como: desigualdade, insatisfações dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional.

Princípios Doutrinários:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito;

Equidade: tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior;

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades;

Princípios Organizativos

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade;

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema.

O SUS é o sistema vigente adotado pelo Brasil, onde determina a obrigatoriedade do atendimento público gratuito na área de saúde pública a qualquer cidadão, o que é

terminantemente proibido a cobrança de qualquer espécie aos usuários. Um novo sistema de saúde que tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade juntamente com a participação social, a saúde retira o paradigma de privilégio ou caridade. A respeito do princípio de universalidade, que é universal, para qualquer classe social, rico ou pobre, com ou sem carteira assinada, ou seja, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais; é integral, porque vai desde a vacina até o transplante. O SUS, integrante da seguridade social é uma das proposições do Projeto da Reforma Sanitária.

Conforme Brasil (2006), o processo de Reforma Sanitária, o Ministério da Saúde cria, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), com a visão de ampliar o acesso a saúde das famílias, principalmente nos bairros mais carentes, utilizando-se de uma prática de inclusão social. A introdução do PSF teve a finalidade de reafirmar os princípios do SUS. De acordo com a portaria nº 648/GM, de 2006, o PSF foi transformado em uma estratégia de abrangência nacional. O SUS na busca para efetivação de suas ações, cria nova estratégia, ou seja, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o conhecido NASF. Em 1993, o INAMPS é extinto, pois em decorrência da criação do SUS, torna-se exclusivo.

A partir da primeira fase da década de 90, com a opção neoliberal, que se torna hegemônica no campo econômico e procura rever o papel do Estado e o seu peso na economia nacional, propondo a sua redução para o chamado Estado mínimo³, ocorre uma desorganização das políticas de caráter social, pondo em evidência questionamentos direcionados ao projeto de Reforma Sanitária.

O neoliberalismo que se instala no Brasil quer um projeto de saúde vinculado ao mercado, que requer do Estado o mínimo de responsabilidade para com a saúde, transferindo-as cada vez mais para o terceiro setor, ou seja, o que foi conquistado com tanto esforço, sendo-lhe designado apenas o papel de regulador das ações, enquanto que ao setor privado será permitido o desenvolvimento econômico e social desta área.

Nesse período o setor de saúde se vê ameaçado a respeito das possibilidades de avanços no sistema único de saúde, por motivo do não cumprimento de um dos princípios do sistema, o de equidade, na destinação de recursos públicos, também do princípio de integralidade, uma vez que a intenção é dividir o SUS em dois sistemas, o hospitalar privado e o básico nacional. Isso deixa clara a insatisfação da sociedade com o governo, contra a política neoliberal, que cada vez mais extingue o social.

³ É um tipo de Estado que procura intervir o mínimo possível na economia do país, na expectativa de que tal procedimento maximize o progresso e a prosperidade do país.

Na busca de uma alternativa, criou-se a CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira), mas não resolve. As santas casas de misericórdias entram em crise juntamente com hospitais universitários. Houve até universidade tomando a decisão de suspender seu custo médico.

A CPMF não beneficiou a saúde. O que houve foi desvio de outras fontes, ou seja, a receita da CPMF foi destinada a saúde, mas foi diminuindo as destinações a saúde decorrentes de contribuições sobre os lucros do COFINS⁴.

Só no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, que teve início em 2003, foi lançada uma proposta para o resgate das diretrizes da Reforma Sanitária. Na XII Conferência Nacional de Saúde houve forte debate e foi reconhecido o direito a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo de fato a universalização, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a efetiva força participativa da população. Nessa conferência deu-se como objetivo principal a definição e formulação do plano de saúde, e o debate foi feito em cima de perspectivas traçados da concepção de seguridade social, um dos pontos de êxtase e inovador da conferência.

Dentre as diretrizes da prática de saúde a ampliação do atendimento do SUS e em especial na atenção básica, o combate as endemias e um melhor acesso de medicamentos.

Mesmo assim com todas as deficiências e todas as falhas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta o SUS como fruto de um projeto exemplo para os demais países em desenvolvimento. O Brasil foi o país pioneiro na quebra de patentes de medicamentos contra AIDS, tuberculose e malária.

A promoção da saúde tem como princípio a atenção aos seus condicionantes e determinantes, a melhoria da qualidade de vida, a participação da população nas decisões, e prioriza a vulnerabilidade e o risco de adoecimento de determinada comunidade ou grupo e a união dos diversos setores da sociedade nas ações.

Nesse sentido, ressaltamos que, é patente o grande avanço do Brasil, na caminhada no setor de saúde, universal e integral. A criação do SUS foi considerada a maior política existente no nosso país, que evidencia os direitos fundamentais, sem contribuição direta do cidadão.

A construção da política de saúde envolve os mais diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros. A

⁴ Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social, que é uma contribuição social aplicada sobre o valor bruto apresentado por uma empresa. Tem como o objetivo financiar a Seguridade Social, ou seja, áreas fundamentais como a Previdência Social, Assistência Social e Saúde Pública.

política de saúde se coloca diante de diversas formas de relação social, como a relação entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas, entre indivíduos e grupos sociais (famílias, grupos ocupacionais, religiosos, entre outros), entre cidadãos e os poderes públicos, entre consumidores e provedores de bens e serviços etc. A ação da política de saúde sobre essas formas de relação é diferente em cada caso e envolve estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais.

Diante desse contexto, as autoras Fleury e Ouverney (2011) mencionam sete aspectos considerados essenciais na construção e na dinâmica de gestão da política de saúde:

- 1) a definição de objetivos (finalidades) da política – a política de saúde se constrói buscando atingir objetivos projetados e acordados como garantidores de padrões de proteção mínimos contra riscos sociais e a promoção do bem-estar (redução e eliminação de enfermidades, distribuição de benefícios para manter nível de renda em patamares aceitáveis, regulação de relações sociais como familiares e empresariais);
- 2) a construção e o emprego de estratégias, planos, instrumentos e técnicas capazes tanto de analisar e monitorar as condições sociais de existência da população quanto de desenhar estratégias, metas e planos detalhados de ação;
- 3) o desempenho simultâneo de papéis políticos e econômicos diferentes – a política de saúde produz efeitos em diversas relações sociais ao mesmo tempo (promoção da igualdade, legitimação política de grupos governamentais, manutenção da dinâmica econômica);
- 4) a construção oficial de arenas, canais e rotinas para orientar os processos decisórios que definem as estratégias e os planos de ação da política;
- 5) a assimilação, contraposição e/ou compatibilização de diferentes projetos sociais provenientes dos mais diversos atores presentes na cena política de um país;
- 6) o desenvolvimento, a reprodução e a transformação de marcos institucionais que representam o resultado de referenciais valorativos, políticos, organizacionais e econômicos, que permeiam, sustentam a política e a interligam ativamente ao sistema de proteção social;
- 7) a formação de referenciais éticos e valorativos da vida social – a afirmação e a difusão de valores éticos, de justiça e igualdade, de referenciais sobre a natureza humana fundada em evidências cientificamente legitimadas, de ideais de organização política e social, de elementos culturais e comportamentais.

A conjuntura na qual se refere ao processo de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS reflete a uma série de mudanças, e segundo Paim (2010), o sistema descentralizado foi um avanço que perpassou por diversos desafios tendo em vista a descontinuidade mediatizada pela burocratização das esferas governamentais orientadas pelo clientelismo político, a desqualificação profissional, e ausência de uma organização dos serviços comprometendo o acesso dos usuários do SUS.

Corroborando com esse entendimento, percebe-se que há uma desconstrução do que preconiza os princípios do SUS, diante da fragilização dos serviços de saúde implicando na

ausência de uma assistência de saúde de qualidade atingindo principalmente as classes mais pobres e vulnerabilizadas.

Assim, torna-se visível a descontinuidade da política de saúde, ao passo que nos deparamos com a insuficiência e ineficiência na gestão dos recursos materiais e humanos, a ausência de uma saúde de qualidade e humanizada para os que se encontram em um estado patológico como também atinge os próprios familiares, tendo que se submeter aos processos burocráticos impostos por essas instituições de saúde. E são esses fatores que reforçam as dificuldades para a população usuária do SUS, como também sinalizam emergência por melhores e maiores investimentos públicos para a saúde.

Dessa forma, entende-se que, por mais que o SUS tenha obtido um salto significativo enquanto política de saúde pública de caráter descentralizado e universal, enquanto direito de todos e dever do Estado, mas a população usuária do SUS sofre consequências avassaladoras tendo em vista o processo de mercantilização da saúde, onde tanto os serviços estatais quanto privados estão dentro de um contexto de desumanização e de negação de direitos para com os cidadãos.

O autor enfatiza as dificuldades e desafios para a consolidação do SUS, porém, enfoca também algumas potencialidades, uma vez que, a Estratégia de Saúde da Família – ESF, o antigo PSF, implantado no governo de Itamar Franco em 1994, manteve-se nos outros governos, sendo um modelo da Atenção Básica oferecendo cobertura as áreas territoriais nos municípios, contribuindo para a redução da mortalidade infantil no Brasil implicando de forma positiva no que concerne à sistematização dos serviços básicos.

Conforme aponta Paim (2013) a década de 1990 a 1992 denota um processo de reforma que reflete na desconstrução do que preconiza a Constituição Federal de 1988, ou seja, traz o desmonte da seguridade social.

Porém, há um desmonte desses direitos devido a um padrão de governabilidade orientado por uma política neoliberal, e mediante a crise que perpassava o setor econômico, político, também se atingia a área social, e assim, historicamente demarca-se a desconstrução de uma dimensão democrática, principalmente em relação aos governos de Collor de Mello e Fernando Henrique que de certa forma desqualificavam o que propusera a Reforma Sanitária.

A implementação do próprio sistema de saúde nesta década foi objeto de desfinanciamento, sucateamento e recentralização. Esta dinâmica de recentralização, comandada por José Serra, praticamente, ignorou a instância colegiada dos gestores públicos a Comissão Intergestora Tripartite- CIT e o Conselho Nacional de Saúde (KRUGER, 2010, p.3).

Nesse sentido, a autora traz elementos que se reportaram como desafios para a implementação do SUS, sendo bases para não materialização de um sistema universalizante, a exemplo da precarização dos serviços e ausência de financiamento.

Autora ainda coloca que em meio a tantos desafios e lutas por um sistema de proteção social e descentralizado, alguns pontos positivos são registros do governo Lula, como:

O retorno da concepção de Reforma Sanitária em discursos e documentos do Ministério, escolha de profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério da saúde, o tímido retorno da concepção de Seguridade Social, a participação do ministro nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde, a Coordenação da Secretaria executiva do Conselho Nacional esteve nas mãos de uma representante de entidade trabalhista, aprovação da política de atenção básica em 2006, a ênfase na Estratégia de Saúde da Família como serviço estruturante e porta de entrada preferencial do SUS...(KRUGER p.5; 2010).

E são fatores como esses que trazem uma sinalização de melhorias no âmbito da saúde, porém, em paralelo a isso, nos deparamos com algumas fragilidades que refletem na descontinuidade de uma política pública de saúde que poderia ser universal, e como exemplo disso, menciona-se o corte dos gastos com o social, e a própria precarização do trabalho onde a classe trabalhadora se submete a condições desumanizantes atingindo diretamente os usuários do SUS, caracterizando dessa forma a gestão de governos orientado por um projeto privatista, descartando o projeto de Reforma Sanitária.

Dessa forma, mostram-se esses avanços também na década de 1990 mediante a institucionalização de serviços que refletem em uma ampliação do processo saúde-doença incentivando aos profissionais de saúde a intervir com novas práticas respaldadas no processo preventivo, ou seja, oferecer uma cobertura assistencial de forma a evitar a doença, e alertar quantos aos riscos.

Para tanto, a Atenção Básica enquanto a porta de entrada do SUS é extremamente relevante no tocante a operacionalização do SUS, embora, também as condições de trabalho são precarizadas, e principalmente no que concerne a organização e divisão do trabalho em saúde, bem como, a ausência de financiamento e qualificação profissional. São fatores que também refletem na ineficácia do processo de assistência à saúde, porém, a qualidade de atenção está vinculada a capacidade e qualificação profissional, além de uma política de financiamento que assegure serviços de qualidade.

CAPÍTULO II-ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Nesse capítulo discutiremos a atuação do Serviço Social no campo da saúde, especificamente, no contexto hospitalar.

O assistente social vem ao longo dos anos conquistando o seu campo de trabalho precisamente na área da saúde, por isso, torna-se relevante que o profissional conheça a legislação que tem como função nortear sua prática profissional e consequentemente ter conhecimento acerca de portarias, normas, estatutos, resoluções, entre outros elementos que são de extrema importância para o exercício da profissão.

2.1 A inserção do Serviço Social na saúde

No contexto dos anos de 1940, o Serviço Social procurou historicamente afirmar-se como uma prática de cunho humanitária, por meio da proteção da Igreja e da legitimação do Estado. Nesse período, observa-se que diversamente da caridade tradicional, que se limitava à reprodução da pobreza, a profissão propunha uma ação curativa, preventiva e educativa dos problemas sociais por meio de sua ação junto às famílias dos trabalhadores, ao contrário da assistência pública, por não conhecer as particularidades e as singularidades dos sujeitos.

Embora a profissão tenha surgido no Brasil nos anos de 1930, foi apenas na década de 1940, que a ação profissional do assistente social na saúde se consolidou. Podemos destacar alguns fatores que foram decisivos para esse acontecimento:

[...] o novo conceito de saúde adotado em 1948, que relaciona os aspectos biopsicossociais ao processo saúde-doença. Destaca-se também a ênfase no trabalho multidisciplinar, com a requisição do assistente social na equipe. Outros determinantes reside na consolidação da política nacional de saúde no país, com expansão dos gastos com a assistência médica, pela previdência social. A intervenção do assistente social se efetivou, predominantemente, no âmbito hospitalar, atuando entre a instituição e os usuários, na viabilização do acesso a serviços e benefícios. Sua prática se materializou a partir de ações como: plantão, triagem, encaminhamentos, concessão de benefícios e orientação previdenciária (BRAVO; MATOS, 2009).

Nesse sentido, o Estado passa a demandar um profissional que atue junto às expressões da questão social, o que resultou na profissionalização do Serviço Social, como especialização do trabalho coletivo. O assistente social, agora identificado como profissional assalariado, inserido no mercado de trabalho iria desenvolver suas ações a partir da execução

das políticas assistenciais disponibilizadas pelo Estado e setores empresariais, tendo como público alvo os grandes setores do proletariado.

O Assistente Social é normativamente reconhecido como profissional de saúde através da Resolução nº 218 de 06 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde, considerando que o Serviço Social não é exclusivo da saúde, mas é qualificado para atuar nas diversas dimensões da questão social, inclusive na saúde. Assim, portanto, reconhecem o usuário como indivíduos dotados de direitos, na perspectiva integral à saúde, tendo como vias legais diversos documentos, sendo a Constituição Federal 1988, o suporte maior.

Nesse sentido, o posicionamento do Assistente Social na viabilização dos direitos sociais é de fundamental importância, cujo objetivo vislumbra a concretização da universalidade, conquistada através de lutas históricas e contínuas da classe trabalhadora até os dias atuais.

É indispensável deixarmos de relatar os pertinentes, e indispensáveis instrumentais que pautam e norteiam o profissional de Serviço Social na saúde, as conhecidas, atribuições do Serviço Social na saúde. Portanto, há todo um aparato legal que assegura esse profissional na área da saúde, com embasamento teórico metodológico e ético político.

As atribuições específicas da profissão são tidas como arcabouço estrutural para ser aplicado frente às inúmeras demandas advindas de seus usuários. Levando em consideração aspectos éticos e políticos, se desvinculando de preconceitos, colocando a luta da classe do proletariado como primordial, por entender que os mesmos vivenciam diversas realidades que ultrapassam gerações, vivendo as margens da sociedade, e acometidos muitas vezes de doenças em virtude dessas realidades. Essas atribuições a priori visam objetivar a categoria em direções gerais sobre as quais respostas profissionais devem ser dadas as demandas no cotidiano relativo ao âmbito da saúde.

Conforme os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010), uma atuação competente e crítica do Assistente Social tem como finalidade:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- 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;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a

participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;

- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados. (<http://www.cfess.org.br>)

Quanto às atribuições e competências do Assistente Social, seja em que espaço estiver atuando, são orientadas pelo código de ética profissional e pela lei de regulamentação da profissão que devem ser respeitadas tanto pelos profissionais quanto pelas instituições as quais estão desenvolvendo seu trabalho.

Portanto, o Código de Ética da profissão tem sido uma grande fermentada para atuação do Serviço Social, pois possibilita a prestação de serviços mais voltados à população, norteando quais as competências e atribuições que o profissional deve realizar, sempre almejando uma qualidade melhor da prática profissional para a sociedade. Conforme o Código de Ética, “O profissional deve empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais”. (CFESS, 1993). Ou seja, o profissional deve lutar pela defesa dos direitos da população, sempre ressaltando a efetivação dos direitos de cidadania.

Nesta perspectiva, obedecendo os princípios do código de ética e que o assistente social por meio de seu trabalho, direta ou indiretamente viabiliza o acesso dos cidadãos as políticas públicas entre elas a de saúde, que possam desta forma colaborar para autonomia e emancipação do sujeito.

2.2 A inserção do Serviço Social no âmbito hospitalar

Particularmente, no Brasil a inserção do assistente social na saúde data da década de 40. O primeiro hospital a requisitar o assistente social nesta época, foi o Artur Bernardes, no Rio de Janeiro, em 1942. O segundo foi o Hospital das Clínicas em São Paulo, em 1943, através da lei estadual que criou a Divisão do Serviço Social Médico.

A inserção dos Assistentes Sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

Na área hospitalar, o Serviço Social,

Desenvolve atividades que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde dos pacientes, ocupando-se das implicações sociais, culturais, econômicas e emocionais que influem diretamente na situação da saúde, ou que possam agravar desencadear ou estagnar a enfermidade, através de mobilização e desenvolvimento das potencialidades humanas e sociais dos indivíduos. (COSTA, 2008)

As ações do assistente social nos hospitais estão voltadas principalmente para os serviços de orientação quanto à realização de exames, aquisição de medicamentos, notificação de alta ou óbito, bem como, a facilitação de outros recursos materiais ao seu local de moradia e a autorização da família para visitas extras e transferências de pacientes para outras unidades de saúde.

Referenciando os estudos de Costa (2008), a atuação do assistente social na saúde está concentrada nos seguintes campos de atividades ou eixos de inserção do trabalho profissional que se relacionam intimamente com as requisições. São elas: as ações de caráter emergencial; educação e informação em saúde; planejamento e assessoria e mobilização da comunidade. As ações de caráter emergencial se expressam nas atividades voltadas para a agilização de internamentos, exames, consultas (extras), tratamentos, obtenção de transporte, medicamentos, órteses, próteses, sangue, alimentos, roupas, abrigo, entre outros. São consideradas na visão da autora, como situações excepcionais, cujos mecanismos institucionais existentes não as absorvem rotineiramente.

Segundo Vasconcelos (2011), a prioridade dos assistentes sociais em sua rotina de plantões não é a saúde, mais sim as chances de resgate da mesma, levando em consideração primordialmente, a prevenção e promoção da saúde, a partir de contextos abrangentes da realidade dos usuários. A organização do Serviço Social se dá por plantões e composição das equipes multiprofissionais dos programas de saúde. Grande parte das atividades desenvolvidas em programas e projetos nesse espaço é desenvolvido através do regime de plantão.

O Plantão faz parte de qualquer unidade de saúde, sendo nos hospitais, maternidades, o ponto de referência para realização do trabalho com os

internados na emergência ou enfermarias e seus familiares. O trabalho com paciente nas enfermarias é realizado ao lado do leito e como estas não contam com instalações próprias para o Serviço Social, as famílias dos pacientes são atendidas, com frequência, nos espaços do plantão ou junto ao leito do próprio paciente. As atividades desenvolvidas pelo Serviço Social nas enfermarias são as mesmas dos plantões. (VASCONCELOS, 2011, p.167)

As ações do profissional de Serviço Social frente ao mecanismo de plantões se dão pelas mais diversificadas formas, desde as escutas qualificadas, orientando aquele usuário e/ou familiar acerca de seus direitos e deveres dentro da instituição; do que se pode manter dentro do hospital, ressaltando as problemáticas causadas por possíveis infecções; orientações sobre o processo de adoecimento, frisando a prevenção de determinadas doenças; orientando sobre documentações exigidas desde a internação e pós, caso os familiares tenham interesse de recorrer a benefícios; da pós alta, quanto referente a orientações de higiene e cuidados; encaminhamentos e fortalecimento com a rede, ou seja, manter vínculos burocráticos e extra com as demais instituições e profissionais, através de visitas técnicas e/ou encaminhamentos para INSS, Ministério Público, CRAS, CREAS, outras unidades de saúde, afim de que as mesmas possam viabilizar direitos que assistam esses usuários.

Ainda no plantão, outro instrumental de grande relevância é a visita aos postos de enfermagem e leitos, autorização para exames terceirizados com o objetivo de conhecer as demandas, realidades e se apresentar como o profissional responsável por determinadas ações do plantão.

Segundo Vasconcellos (2011) a procura maior do plantão do Serviço Social se dá por mulheres, essas procurando informações para si, ou para familiares. Ressaltando assim que as mulheres em sua maioria, diferentes dos homens procuram manter as visitas aos postos de saúde com as mais diversidades de especializações profissionais para poderem saber sobre sua saúde.

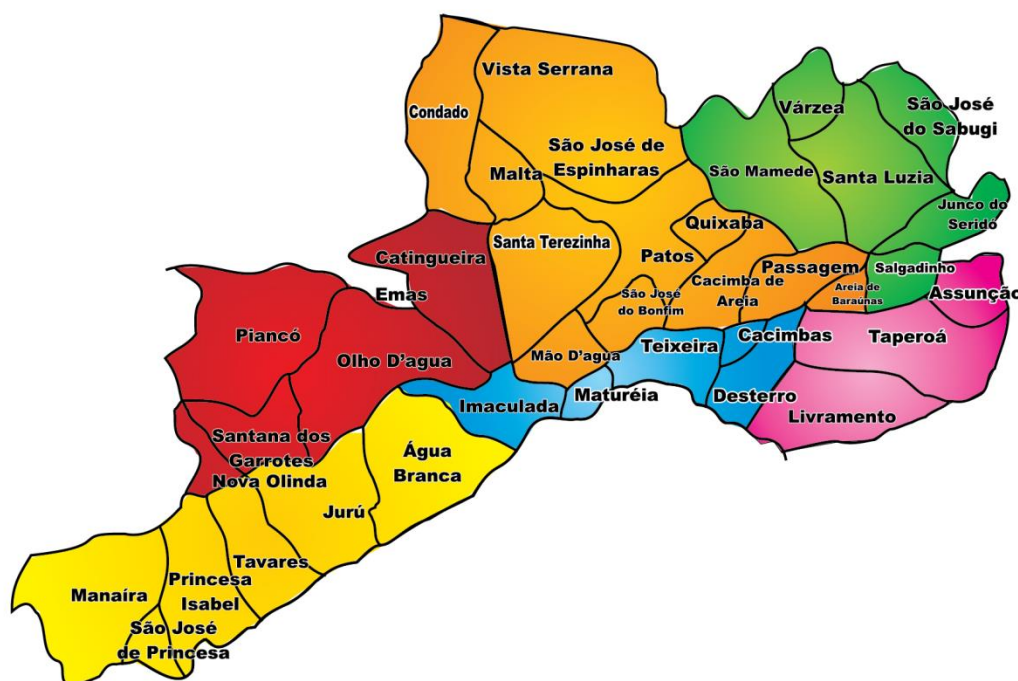
Voltando-se para palestras, com cunho social e preventivo, o serviço social se abstém de informações abrangentes sobre determinados assuntos, tais como, HIV (AIDS) e outras DST's; diabetes; hipertensão; planejamento familiar; orientações sobre a importância de exames ao recém-nascido, como o teste do pezinho e da orelhinha, dentre muitos outros. As quais têm como objetivos o diagnóstico precoce, reduzir a mortalidade, terapia de acompanhamento e fortalecimento da continuação do tratamento, criando assim fluxos de referência e contra referência para fornecer apoio técnico.

Nesse sentido, reforçamos que as ações em saúde, devem ser interdisciplinares, garantindo a atenção integral e atendendo as necessidades da população usuária, na mediação entre seus interesses e a prestação de serviços. Assim, o contexto atual, além de demandar conhecimento das expressões da questão social, exige a formação para trabalhar em equipe interdisciplinar, ampliando as ações intersetoriais com vistas a contribuir diretamente para a qualificação do trabalho dos profissionais, e ao mesmo tempo, possibilitar a melhoria da qualidade dos serviços prestados, com o propósito de ampliar os espaços de escuta, de trocas e decisões coletivas.

CAPITULO III - A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE OS SERVIÇOS OFERTADOS PELO HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB

Apresentamos nesse módulo, a caracterização do Município de Patos, do Hospital Deputado Janduhy Carneiro, e em seguida, discutiremos as análises das falas dos sujeitos entrevistados.

3.1- Caracterização do Município de Patos



Fonte: <https://mapas.guiamais.com.br/patos-pb>

A cidade surgiu no século XVIII, com a formação de um povoado em torno da capela de Nossa Senhora da Guia, doada em 1752 pelo fazendeiro Paulo Mendes de Figueiredo. Segundo a tradição, o nome originou-se da Lagoa dos Patos, hoje aterrada, às margens do Rio Espinharas. Sua emancipação política deu-se a 13 de dezembro de 1832. Foi elevada de vila a categoria de cidade, através da lei n.º 200, de 24 de outubro de 1903. O povoado venceu, cresceu, virou vila, e a partir de 1903 se transformou em cidade. Hoje, Patos é presença cada vez mais fundamental no desenvolvimento da Paraíba. As várias atividades do

comércio e da indústria, com destaque para os setores coureiro-calçadista e agropecuário, geram emprego, renda e significativas divisas para a economia do estado. Por isso é uma satisfação para qualquer governo, além de ser obrigação, trabalhar por um povo que enfrenta suas dificuldades com altivez e vence seus desafios com dignidade. Patos que já passou dos cem anos, não pára de crescer e vai pra muito mais de cem. A Morada do Sol⁵ será sempre um grande motivo de orgulho para toda a Paraíba.

Patos é um município do estado da Paraíba, localizado à margem esquerda do Rio Espinharas. Tem uma altitude de 242m e clima semi-árido e quente. A economia baseia-se na cultura do algodão e do feijão. As principais indústrias são as de calçado, extração de óleos vegetais e beneficiamento de algodão e cereais. Tem grande riqueza mineral, com jazidas de mármore cor-de-rosa e ocorrências de ouro, ferro, calcários e cristal de rocha. Patos liga-se a todo o Nordeste e ao Sul por ferrovia e rodovias. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), sua população está estimada em 107.790 habitantes. Distante 301km de João Pessoa, sua sede localiza-se no centro do estado com vetores viários interligando-o com toda a Paraíba e viabilizando o acesso aos Estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco e Ceará.

3.2 Caracterização do Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro de Patos-PB⁶



Fonte: <http://hrpatos.blogspot.com.br/>

⁵ A cidade de Patos é conhecida por Morada do Sol pelo clima ser semiárido quente.

⁶ A caracterização do HRP foi construída por quatro alunas do Curso de Serviço Social das FIP que estagiavam no campo de atuação profissional enquanto exigência para a disciplina de Estágio Supervisionado. A própria pesquisadora fez parte dessa construção.

O HRP foi inaugurado no dia 29 de novembro de 1954. Inicialmente era uma Casa de Assistência à Saúde, fundada pela Igreja Católica, na diocese de Patos, PB. Seu fundador foi o bispo Dom Zacarias Rolim de Moura, trazendo as irmãs Carmelitas, Madre Bernadete, Madre Elizabete, Irmã Anunciada, que por sinal encontra-se viva, e irmã Perpetua, essas irmãs eram quem realizavam todo o trabalho dentro da Casa, tais como: enfermeiras, farmacêuticas, diretora, secretária, administradora e cozinheira, elas moravam dentro do Hospital. O funcionamento se realizava com a ajuda de doações da comunidade e a prefeitura doava cerca de 50 mil reis, que hoje equivale a R\$ 50.

Com o passar do tempo e durante a gestão do governador João Agripino, o hospital passa a ser Estadual. Com isso é construído uma casa por trás do hospital para as irmãs viverem. O primeiro diretor do Hospital é Dr. Lauro Queiroz, que por sua vez administrava com a ajuda de outros médicos da época, Dr. Moacir, Dr. Olavo, ainda vivo, e Dr. Geraldo.

O Hospital atualmente está localizado a Rua Horácio Nóbrega, Bairro Belo Horizonte-Patos- PB.

Estrutura Administrativa do Hospital:

- 07 IEH – Secretaria;
- 04 Recursos humanos;
- 07 Setores financeiro-licitação e compras;
- Apura SUS;
- 01 assessor jurídico;
- 01 assessor de imprensa;
- 03 almoxarifado;
- 01 ouvidoria;
- 01 informática;
- 03 arquivologias.

O referido estabelecimento de saúde pertence ao Estado da Paraíba abrangendo mais de 84 municípios com atendimento de alta complexidade. Sua função consiste em proporcionar a população assistência médica sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regime de atendimento, inclusive o domiciliar, cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também, em centro de educação, capacitação de recursos Humanos e de Pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de usuários, cabendo-lhe supervisionar orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculado tecnicamente. Portanto, sua importância social se dá em três dimensões: 1) restaurativa –

diagnóstico reabilitação e emergência; 2) preventiva – controle de doenças infectocontagiosas, saúde ocupacional, promoção à saúde; 3) educativa – serve como campo de estágio para diversas áreas.

O HRP, atualmente atende à demanda de urgência e emergência dos cidadãos nos seus momentos de saúde, vindos de mais de 90 cidades do sertão paraibano. O mesmo está inserido no Plano Estadual de atenção Integral às urgências, uma proposta do Governo do estado que envolve o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) pré-hospitalar em todo o Estado.

A estrutura do Hospital oferece um ambiente arejado, limpo, na qual, procura efetivar o bom atendimento e respeito aos pacientes. As salas obtêm conforto tanto aos pacientes, quanto aos acompanhantes. As salas são climatizadas, com bebedouro, aparelho de TV e cadeiras para acompanhantes descansar, assim como banheiros, na qual a limpeza é feita uma vez ao dia, quando se faz necessário. Tem também o refeitório e um jardim para o bem-estar dos pacientes.

Um dos grandes objetivos da instituição é atingir a excelência em gestão pautada em três pilares: Resultados Positivos: Promover perspectiva de um futuro mais próspero, com mais proteção social, aumento da confiança no futuro, participação cidadã e inclusão de nossos beneficiários, apoiando-os no pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais; Redes e Parcerias Estratégicas: Acompanhamento, controle social, deliberação de políticas e em espaços coletivos de inovação social; Produção do conhecimento: Produzir, sistematizar, conhecimentos que contribuam para práticas sociais e para o fortalecimento da política de assistência social.

O setor de Recursos Humanos do HRP é composto pelos seguintes profissionais:

- 07 auxiliar de manutenção;
- 15 auxiliar de farmácia;
- 07 farmacêuticos;
- 10 bioquímicos;
- 09 técnicos de laboratório;
- 42 recepcionistas;
- 09 porteiros;
- 18 maqueiros;
- 10 motoristas;
- 15 operadores de lavanderia;
- 28 auxiliares de Serviços Gerais;

- 16 auxiliares de cozinha;
- 110 enfermeiros;
- 07 nutricionistas;
- 01 fonoaudiólogo;
- 08 psicólogos;
- 09 assistentes sociais;
- 19 fisioterapeutas;
- 10 téc. De raio X;
- 11 téc. De mobilização;
- 216 téc. De enfermagem;
- 06 anestesistas;
- 11 buco maxilio facial
- 03 cardiologistas;
- 13 cirurgiões gerais;
- 02 otorrino
- 15 clínicos gerais;
- 01 endoscopista;
- 04 neurologistas;
- 02 otorrino;
- 04 oftalmologista;
- 05 ultrassonografistas;
- 16 ortopedistas;
- 02 urologistas;
- 06 intensivistas;
- 02 vascular.

Cargos comissionados

- Chefe financeiro;
- Chefe núcleo de enfermagem;
- Secretaria (direção);
- Chefe núcleo de patrimônio;
- Chefe núcleo de estratégias;
- Diretor geral;
- Diretor administrativo;
- Diretor técnico;

- Chefe núcleo de auditoria.

No período do estágio Supervisionado no Hospital Regional de Patos, identificamos alguns limites e dificuldades que impactam na qualidade dos serviços ofertados aos usuários do SUS, entre eles, destacam-se:

- Quantidade de profissionais desproporcional a demanda da instituição;
- Problemas estruturais e ausência de equipamentos para operacionalização das ações (ex: salas com infiltrações, ausência de telefone- linha própria, internet, computadores, etc.)
- Dificuldade de transporte para realização de visitas domiciliares e/ou institucionais quando necessário.

Possibilidades de atuação do assistente social na instituição:

O Assistente Social se depara cotidianamente com algumas condicionalidades no seu processo de trabalho que são previamente articuladas de modo estratégico para de certa maneira fazer com que o Estado possa garantir os direitos aos usuários.

O Assistente Social no âmbito hospitalar desenvolve ações na busca pela resolução no atendimento às demandas dos usuários de forma satisfatória, tornando indispensável por ser um profissional que prioriza a disponibilização de serviços e atendimento humanizado e com qualidade. Essas ações se fazem necessária, tanto no conhecimento teórico daqueles profissionais que também estão inseridos em hospitais, como aqueles que simplesmente vão ter acesso a este conhecimento indiretamente, alimentando e fortificando a importância da inserção deste profissional em âmbito hospitalar por meio da influência dos demais integrantes da sociedade, tendo uma clara e plena concepção da importância do assistente social na área da saúde.

É importante ressaltar que não se teve acesso aos documentos referentes a tal princípio da profissão de serviço social na instituição, mais sim a assistente social pioneira, relatou que devido a demanda da instituição ser de alta complexidade, foi percebida a necessidade da intervenção do assistente social no campo, mas só em 1988 foi inserido um profissional. Em meados dos anos 2000 e 2001 se teve a ampliação dos profissionais da área. Atualmente a instituição possui nove assistentes sociais. Relata-se que se teve dificuldades na questão de busca da origem da profissão na instituição, e não se foi formulado o Procedimento Operacional Padrão (POP).

Objetivos do Serviço Social no Hospital:

- Avaliar o atendimento global aos usuários, intermediando e orientando em relação às problemáticas sociais, informando sobre direitos e acesso a eles mediante solicitação da equipe multiprofissional ou do próprio paciente, familiares e/ou responsáveis legais;
- Contribuir na assistência aos usuários, através de orientações e ações que visam apoiar o usuário em suas necessidades desde o período de internação até após a alta hospitalar. Para tanto, os familiares e acompanhantes são informados sobre suas responsabilidades, estimulados a participar do cuidado ao paciente e são informados os recursos disponíveis na comunidade que possibilitem sua reinserção social do paciente após sua desospitalização, bem como a continuidade do tratamento proposto pela instituição.
- Discutir com os demais membros da equipe de saúde sobre a problemática do usuário e, interpretando a situação social do mesmo;
- Desenvolver estratégias cabíveis para cada caso de acordo com suas peculiaridades, independente de raça, crença, gênero e classe social, trabalhando com base no atendimento humanizado e igualitário, servindo este um diferencial na identidade do Serviço Social.

Demandas Institucionais:

- Identificar pacientes e localizar familiares;
- Identificar acompanhantes através de crachá, orientando-os quanto às normas e rotinas da Unidade hospitalar, bem como conscientizá-los quanto ao seu papel junto ao usuário;
- Realizar contato com familiares para fins de troca de acompanhantes, quando estes não aderem às normas e rotinas;
- Comunicar aos familiares, caso não se façam presentes, a transferência do paciente de um setor para outro;
- Orientar familiar e usuário no que tange alta a pedido, suas implicações;
- Conscientizar sobre a necessidade de doação e reposição de sangue;
- Solicitar atendimento psicológico, quando verificada necessidade;
- Visitar usuários das enfermarias e emergência, visando à resolução de problemas sociais e o fornecimento de orientações e esclarecimentos acerca das normas e rotinas do hospital, bem como identificação de usuários em situação de abandono, negligência e maus tratos, etc.

- Visitas domiciliares e institucionais, caso necessário;
- Notificar os conselhos municipais: criança e adolescente, idosos, assistência social, entre outros;
- Orientar os casos de óbitos: informar sobre os direitos de seguros, previdências e funeral;
- Encaminhar pacientes a outras instituições como forma de acessar serviços e benefícios de acordo com cada situação (CAPS, CREAS, Conselho Tutelar, UBS, Abrigos, etc.)
- Orientar pacientes quanto ao acesso ao Seguro de Vítimas de Acidentes causados por Veículos Automotores (DPVAT).

Instrumentos técnicos utilizados pelo Serviço Social:

- Observação;
- Orientação e Escuta qualificada;
- Visita domiciliares e institucionais;
- Relatório social;
- Entrevista semiestruturada;
- Encaminhamentos.

Principais demandas dos usuários para o serviço social:

- Abandono familiar;
- Maus tratos;
- Negligencia;
- Exploração sexual;
- Pacientes sem identificação;
- Violência doméstica.
- Violação de direitos.
-

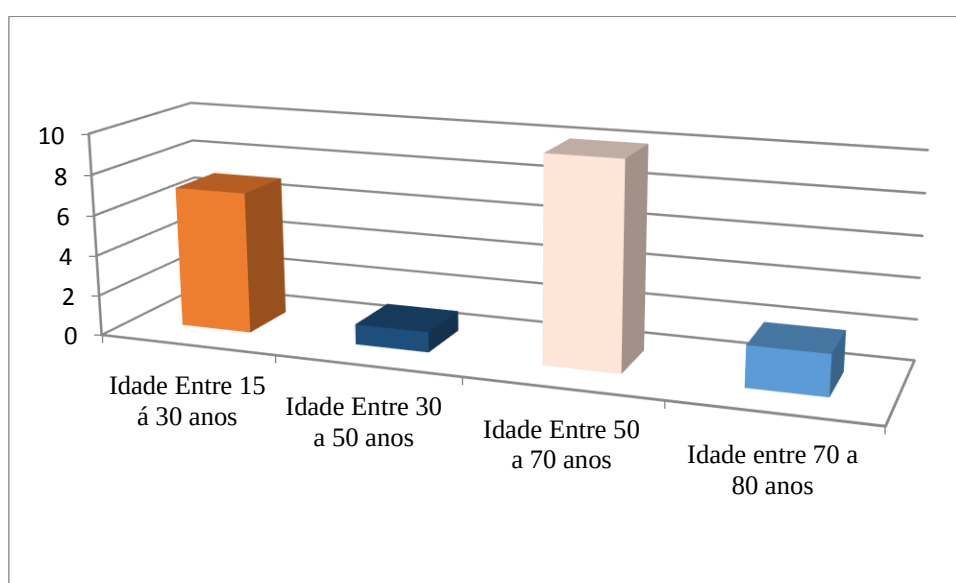
Formas de participação dos usuários na instituição:

Ao relatar que a instituição é referente ao setor hospitalar, percebe-se que quase toda população frequentadora da área da saúde, atualmente só participa da ouvidoria e palestras breves sobre os direitos sociais dos mesmos, durante a sala de espera para visita.

3.3 - Resultados da Pesquisa

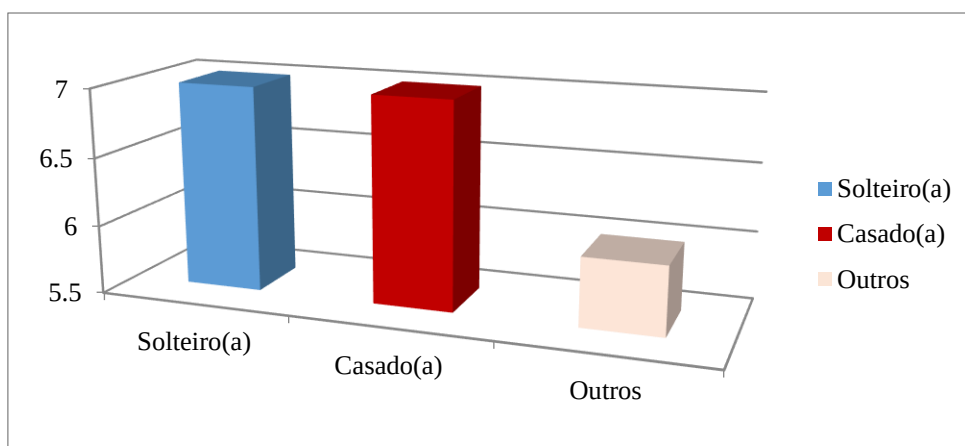
Nesse módulo de discussão, serão apresentados os dados referentes aos aspectos sócio demográficos dos sujeitos entrevistados que são usuários do serviço. Ao todo foram entrevistados vinte usuários que utilizavam dos serviços prestados pelo HRP de forma aleatoriamente. O gráfico abaixo apresenta os dados referente a idade dos entrevistados.

Gráfico 01 – Idade



Fonte: primária (pesquisa desenvolvida no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, Patos-PB).

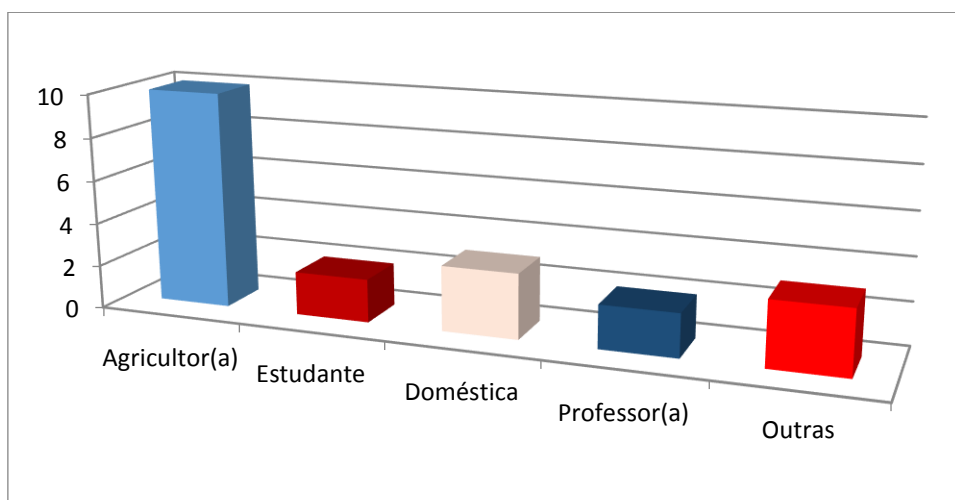
Conforme dados apresentados no gráfico, registramos que: 07 entrevistados possuem idade entre 15 a 30 anos, 01 possui idade entre 30 a 50 anos, 10 possuem idade entre 50 a 70 anos, e apenas 02 possuem idade entre 70 a 80 anos ou superior a esta idade. Nesse sentido, percebe-se que o público que mais acessa os serviços disponibilizados pelo Hospital Regional de Patos-PB possui a faixa entre 30 a 50 anos de idade.

Gráfico 02 – Estado Civil

Fonte: primária (pesquisa desenvolvida no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, Patos-PB.)

Dentre as perguntas realizadas no desenvolvimento da presente pesquisa foi abordado o estado civil dos usuários, registramos que 7 entrevistados são solteiros e 7 são casados, e os demais possuem outros tipos de relacionamentos que não foram apresentados.

De acordo com o IBGE, 85,5 milhões de pessoas com mais de 15 anos viviam em união conjugal em 2011 – 57,1% da população desta faixa etária, que soma 149,8 milhões de brasileiros. Isto é, o Brasil tem 72 milhões de solteiros, mas 85,5 milhões de pessoas vivendo em união conjugal.

Gráfico 03 – Profissão

Fonte: primária (pesquisa desenvolvida no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, Patos-PB).

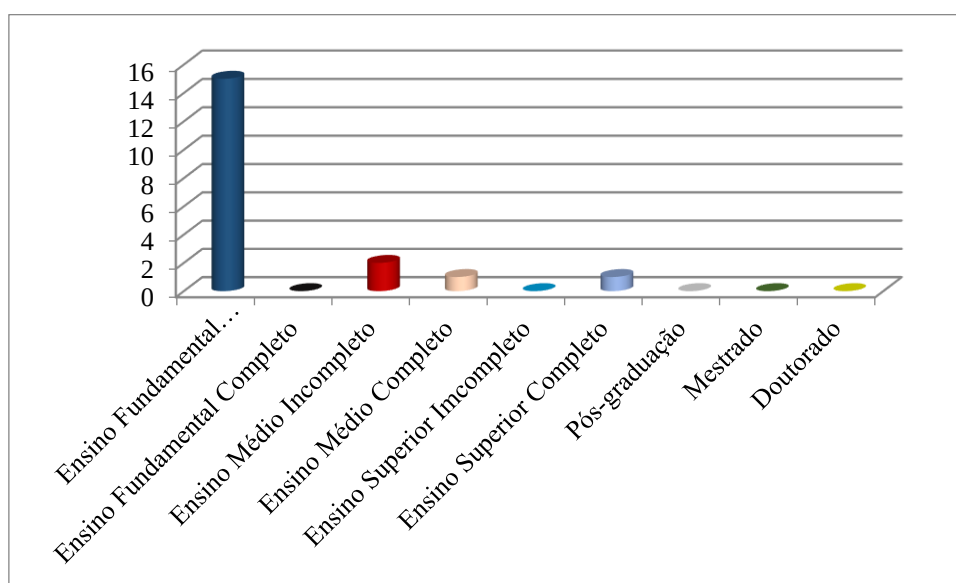
Sabe-se que, com o desenvolvimento do neoliberalismo, assistimos de forma natural suas modificações no mundo do trabalho, o que rebate fortemente no contingente de pessoas desempregadas.

Deste modo, na medida em que o processo de centralização do capital acontece, ocorre também o alargamento do exército industrial de reserva, expressando completa funcionalidade ao sistema. Ora, por um lado, ele contribui para manter e/ou reduzir os salários sempre abaixo do valor capaz de atender as necessidades da classe trabalhadora e, por outro, cria uma massa de sujeitos disposta a, de acordo com os ritmos e compassos do desenvolvimento capitalista, inserir-se imediatamente nos processos produtivos, mediante as requisições existentes. (TRINDADE, 2017, p.226)

Em acordo com a pesquisa desenvolvida 10 usuários apontaram ser agricultores(as) vivendo assim do trabalho desenvolvido no campo, 02 classificam-se como estudantes, mas porém não desenvolve nenhum tipo de atividade remunerada, 03 pessoas vivem dos trabalhos domésticos, 02 são professores e 03 desenvolvem outros tipos de trabalhos.

Segundo Brasil (2006), o agricultor familiar é aquele que tem na agricultura sua principal fonte de renda e que a base da força de trabalho utilizada na propriedade rural seja desenvolvida por membros da família.

Gráfico 04 – Escolaridade



Fonte: primária (pesquisa desenvolvida no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, Patos-PB).

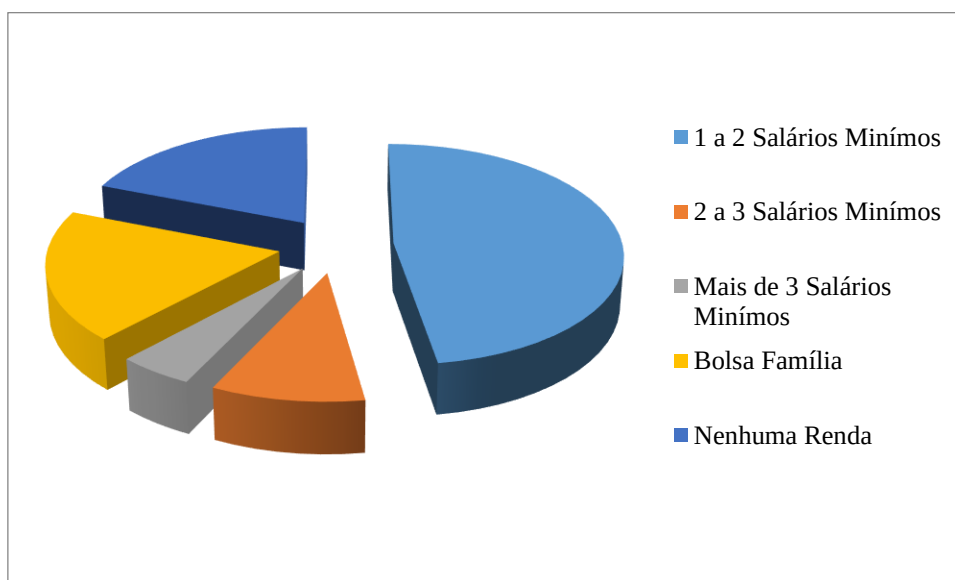
A educação é uma das políticas públicas nas quais vem sofrendo bastante rebatimentos no que diz respeito ao corte de verbas destinados para esta política, de acordo com a OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) em uma pesquisa desenvolvida, mostra um ranking da educação entre 36 países, o Brasil atingiu atualmente uma marca de penúltima posição, ficando à frente somente do México.

No desenvolvimento da presente pesquisa, chama-se também atenção para o nível de escolaridade dos participantes, o que muitas vezes impedem o entendimento do direito ao acesso a política de educação, nesse sentido 15 participantes possuem apenas Ensino Fundamental Incompleto, apenas 02 possuem Ensino Médio Completo e 01 possui Ensino Superior Completo. Esses dados também refletem a questão da evasão escolar.

No Brasil, a evasão escolar é um grande desafio para as escolas, pais e para o sistema educacional. Segundo dados do INEP, de 100 alunos que ingressam na escola no 1º ano, apenas 5 concluem o ensino fundamental, ou seja, apenas 5 terminam o 9º ano.

A literatura relata que existe relação entre o nível de escolaridade e a ocupação do indivíduo, ou seja, quanto menor o nível de escolaridade, menor os cargos profissionais a serem ocupados no mercado de trabalho.

Gráfico 05 - Renda Mensal



Fonte: primária (pesquisa desenvolvida no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, Patos-PB).

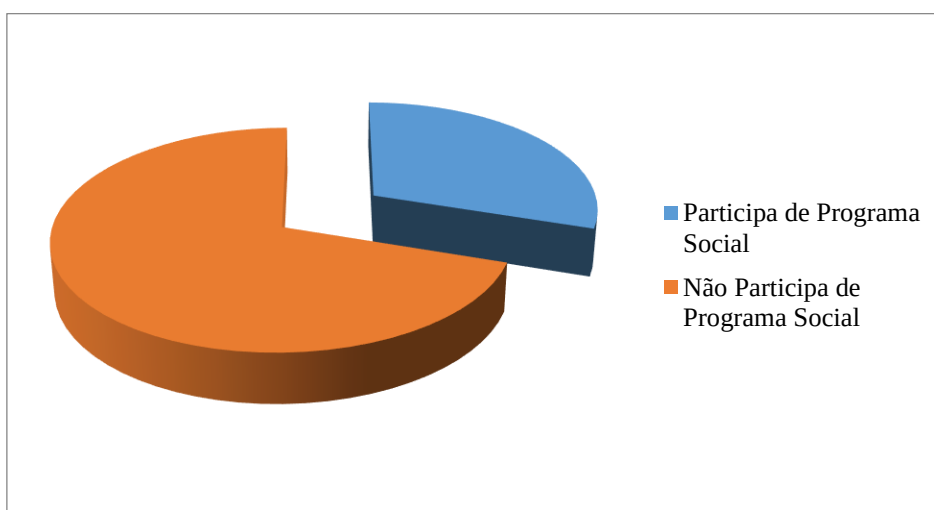
De acordo com os dados da pesquisa, registramos que 10 entrevistados recebem entre 01 a 02 salários mínimos, 02 apontaram receber entre 02 a 03 salários mínimos, apenas 01 apontou receber

mais de 03 salários mínimos, enquanto que 03 entrevistados afirmaram não ter nenhuma fonte de renda, vivem da agricultura. Um número que chama atenção é que 04 entrevistados sobrevivem do valor recebido pelo programa social Bolsa Família.

O valor recebido por essas famílias tem gerado a possibilidade de acesso às coisas que antes os beneficiários não teriam condição de ter. Pesquisas demonstraram que o principal gasto das famílias é com a alimentação e em seguida o próximo gasto é com material escolar. Para 87% das famílias o principal destino dos recursos do programa é com a alimentação. Em seguida o gasto vai para a compra de material escolar (46%), vestuário (37%) e remédios (22%) (MDS, 2008b).

O Programa Bolsa Família tem contribuído para o aumento no acesso aos serviços de saúde e educação, principalmente porque suas condicionalidades devem estar atreladas aos serviços básicos para atender toda a população beneficiária.

Gráfico 06 - Participação em Programa Social



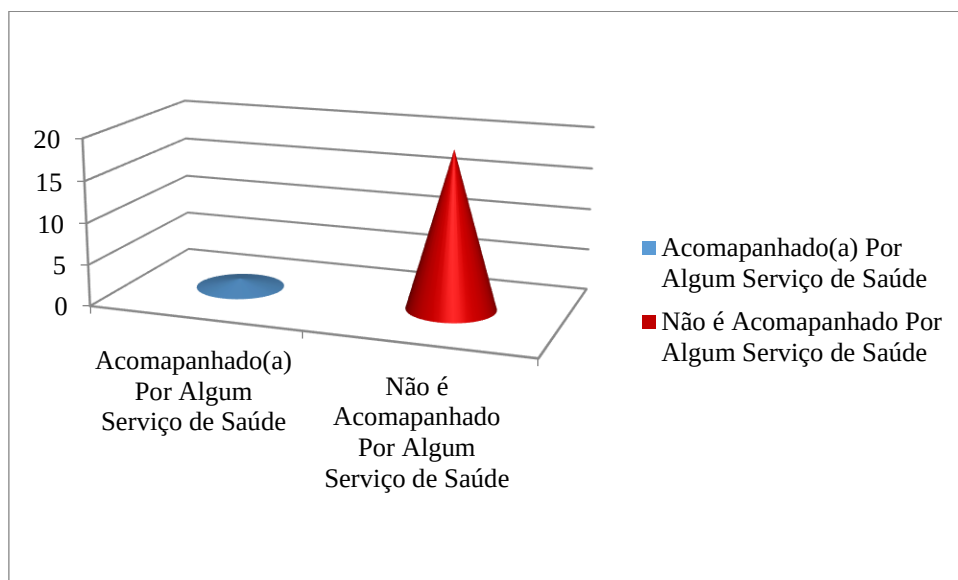
Fonte: primária (pesquisa desenvolvida no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, Patos-PB).

Hoje o Brasil possui diversos tipos de programas sociais, o mais conhecido é o programa Bolsa Família, que chega a beneficiar mais de 13,6 milhões de famílias, nesse sentido os usuários participantes da pesquisa apontaram que apenas 06 participam de algum tipo de programa social e 14 não participa de nenhum programa social, lembrando que na maioria dos participantes da pesquisa, grande parte são trabalhadores rurais, porém os mesmos não apontaram participar de nenhum programa relacionado à agricultura, sabendo também que no Brasil possui programas sociais voltados para os trabalhadores do campo.

Essa realidade demonstra que a atividade desenvolvida na propriedade do agricultor familiar está sendo insuficiente para o sustento da família, sendo necessário buscar alternativas de aumentar sua renda familiar. É importante buscar alternativas de geração de renda a partir da cultura desenvolvida pelo agricultor e/ou pela diversificação de culturas em sua própria propriedade, assim como fixar sua família na zona rural e englobar a família nas atividades agropecuárias.

Outro fator atrelado que vem prejudicando os agricultores é a seca prolongada, especificamente na região do Sertão Nordestino, o que tem prejudicado o abastecimento de água em cidades da região e causado perdas e prejuízos na agricultura. Além da falta de chuva, as altas temperaturas em outubro agravam a situação.

Gráfico 07 - Acompanhamento através do Serviço de Saúde



Fonte: primária (pesquisa desenvolvida no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, Patos-PB).

Vivemos atualmente um período de desmonte dos direitos garantidos constitucionalmente, marcados por períodos de recessão, sucateamento de serviços públicos e precarização nas relações de trabalho. Os problemas existentes no SUS, especificamente no Hospital Regional de Patos, como: falta de acesso aos serviços, baixa qualidade dos serviços prestados e da infraestrutura coloca o Sistema único de saúde como o vilão, do qual a saída é a gestão privada, em que o capital coloca como “modernização”, são aspectos referentes a minha visão no período de estágio supervisionado obrigatório.

Em continuidade a pesquisa, perguntamos aos entrevistados se eles eram acompanhados por algum serviço de saúde antes de procurar atendimento no HRP. Os resultados apontaram que apenas 01 usuário era acompanhado por algum serviço de saúde, e 19 relataram que não eram acompanhados por nenhum tipo de serviço a saúde, o que se pode dizer de forma hipotética que não existe garantia do acesso a saúde tampouco ao desenvolvimento da promoção, prevenção e proteção à saúde dos usuários do SUS. Alguns dos entrevistados relataram que as vezes que procuraram a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apenas pra ter acesso a uma consulta médica.

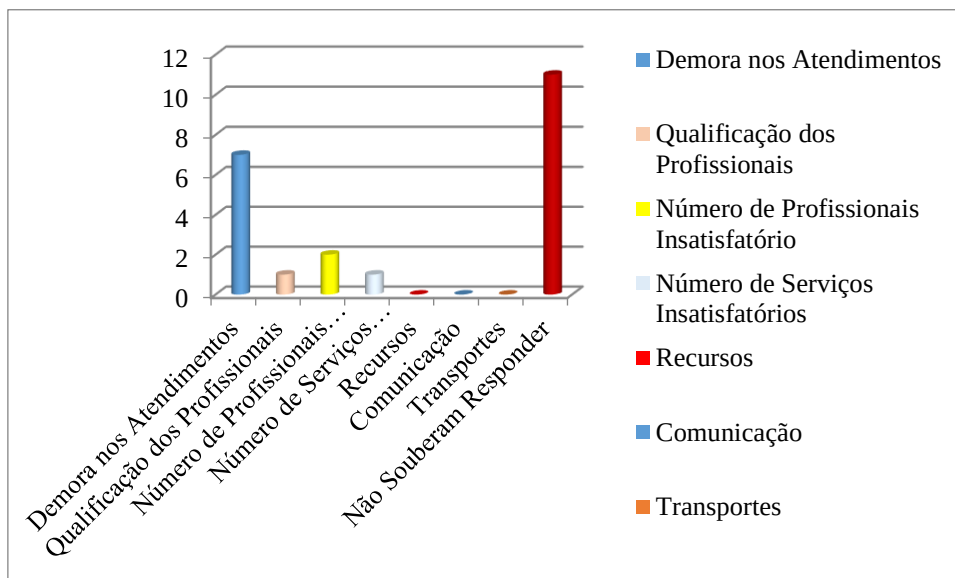
Sendo a ESF um programa que busca transformar a forma/modelo de cuidado à saúde das pessoas em seus espaços de convivência e nas suas diversas formas de manifestação da enfermidade, o acolhimento, o receber bem, o dar respostas às necessidades de saúde da população são umas das principais ações de melhoria da qualidade voltada para a humanização da atenção.

Portanto, as Unidades Básicas de Saúde precisam estar bem equipadas e os profissionais capacitados para atender às demandas, porque os sujeitos que procuraram o posto médico, faziam-no, majoritariamente, em busca da consulta médica. Por outro lado, um grande número de pessoas não necessita somente da consulta médica, mas sim de cuidados específicos de toda a equipe na base do respeito e dignidade como cidadão de direito.



<http://patosonline.com/post.php?codigo=60741>

Gráfico 08 - Principais Dificuldades no Atendimento de Saúde no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro de Patos-PB



Fonte: primária (pesquisa desenvolvida no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, Patos-PB).

Durante as observações realizadas no período de estágio no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, percebemos algumas dificuldades no que diz respeito a garantia à saúde, entre as quais destacamos: o sucateamento do serviço público, a falta de equipamentos, o que isto impossibilita muitas vezes o desenvolvimento de algumas atividades por alguns profissionais de saúde.

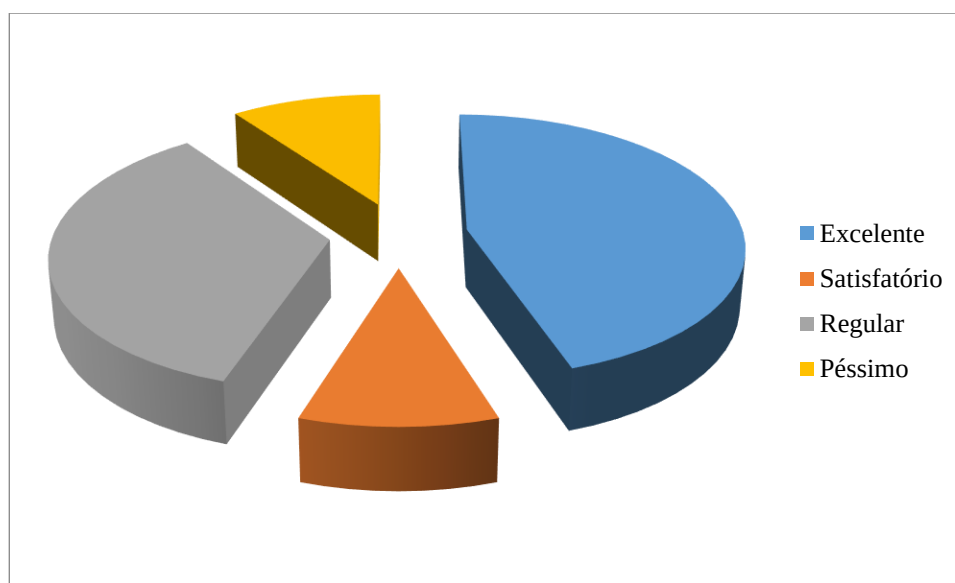
Assim, as principais dificuldades apontadas pelos entrevistados refere-se a demora no atendimento à saúde no Hospital Regional de Patos-PB, a falta de qualificação dos profissionais e o baixo número de profissionais para atender as demandas no âmbito hospitalar.

O elevado tempo de espera para um atendimento específico é outro fator que reflete a qualidade do serviço de saúde de um país, já que possui consequências importantes na saúde do paciente.

Podemos registrar também, a falta de conhecimento dos usuários em relação ao acolhimento com classificação de risco, a alta demanda, a precariedade do setor público, recursos e número de profissionais insuficientes, falta de estrutura física, instalações e equipamentos hospitalares, e falhas na gestão do serviço.

De acordo com Feijó (2010), o acolhimento com classificação de risco é um processo de transformações, de mudanças, que busca modificar as relações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de emergência. Tendo por objetivo um atendimento mais resolutivo, que saiba identificar e priorizar os atendimentos realizados nesse serviço, sem deixar de tratar os pacientes de forma digna e humanitária.

Gráfico 09 - Avaliação de Atendimento no Acolhimento



Fonte: primária (pesquisa desenvolvida no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, Patos-PB).

Os usuários ainda são leigos quando se trata do conhecimento sobre o significado de urgência e emergência. Muitos deles não sabem qual é a real finalidade do atendimento hospitalar. Portanto, essa falta de informação tem sido motivo de problemas no momento da classificação de risco, pois o paciente procura o serviço com agravos que poderiam ser solucionados na atenção básica, aumentando a demanda nestes setores.

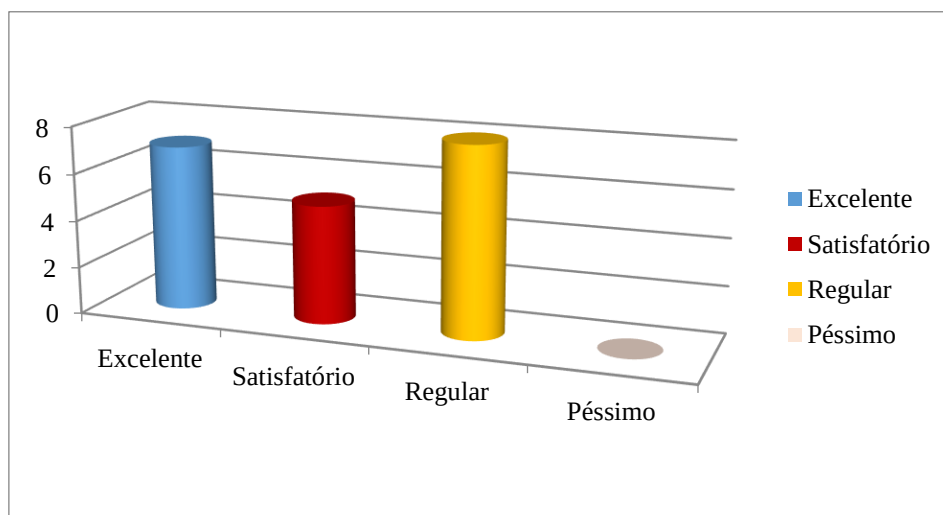
Em avaliação feita para que possamos conhecer o nível de satisfação do atendimento aos usuários por parte do acolhimento, registramos que 09 usuários apontaram como sendo excelente, 02 como satisfatório, 07 como regular, e 02 como péssimo.

O acolhimento não pode ser caracterizado apenas por um ato de bondade que o profissional realiza com o paciente, mas sim quando associado à classificação de risco deve proporcionar a ele, melhores condições no atendimento para que o mesmo seja humanizado e também qualificado levando benefícios a esse indivíduo que busca o serviço (BRASIL, 2009).

Após o cadastro necessário pela recepção, o paciente é direcionado para a consulta de enfermagem com utilização de instrumento adequado, determinando após acolhimento qual eixo pertencerá cada paciente, conforme quadro clínico apresentado. Cabe ao enfermeiro informar ao paciente o serviço o qual foi encaminhado e os motivos, fazendo com que o mesmo se sinta, ainda assim, acolhido, proporcionando uma assistência qualificada e principalmente humanizada.

Nesse sentido, perguntamos aos entrevistados, como eles avaliam o atendimento prestado pelos profissionais da Enfermagem do HRP.

Gráfico 10 - Atendimento prestado pela Enfermagem



Fonte: primária (pesquisa desenvolvida no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, Patos-PB).

Em resposta a avaliação do atendimento, 07 usuários apontaram como excelente, 05 mostraram-se satisfatórios quanto ao atendimento, 08 apontaram como sendo regular.

A enfermagem é considerada principal responsável pela implantação e manutenção do suporte interpessoal embasado nos princípios do relacionamento terapêutico durante o tratamento de seus pacientes.

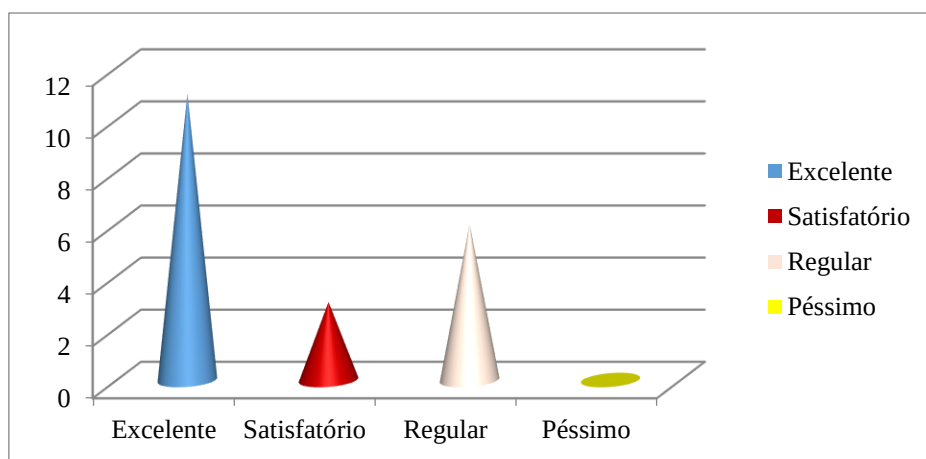
Para que o profissional enfermeiro possa desenvolver sua prática profissional, principalmente, em setores onde o trabalho é dinâmico, como por exemplo, o setor de urgência e emergência, se faz necessário que a equipe de enfermagem atue de forma sincronizada. Isso porque, na maioria das situações, o atendimento deve ser rápido, devido ao fato de o paciente encontrar-se em estado crítico envolvendo risco à vida. Neste contexto, tal profissional deve desenvolver a liderança com base em seus conhecimentos acerca da mesma, determinando qual a melhor forma de liderar em

diferentes situações visando à melhoria da qualidade do cuidado (SILVA, 2010).

A visão holística dos enfermeiros é um dos principais objetivos para gerar condições de elaborar um plano de assistência de acordo com a necessidade de cada indivíduo para a obtenção de um bom resultado.

Em continuidade a pesquisa, perguntamos aos entrevistados sobre a satisfação do atendimento médico no HRP. As respostas abaixo sinalizam a influência de um bom atendimento, da atenção, gerando uma reciprocidade entre o paciente e o médico.

Gráfico 11- Avaliação de Atendimento prestado pelos Médicos



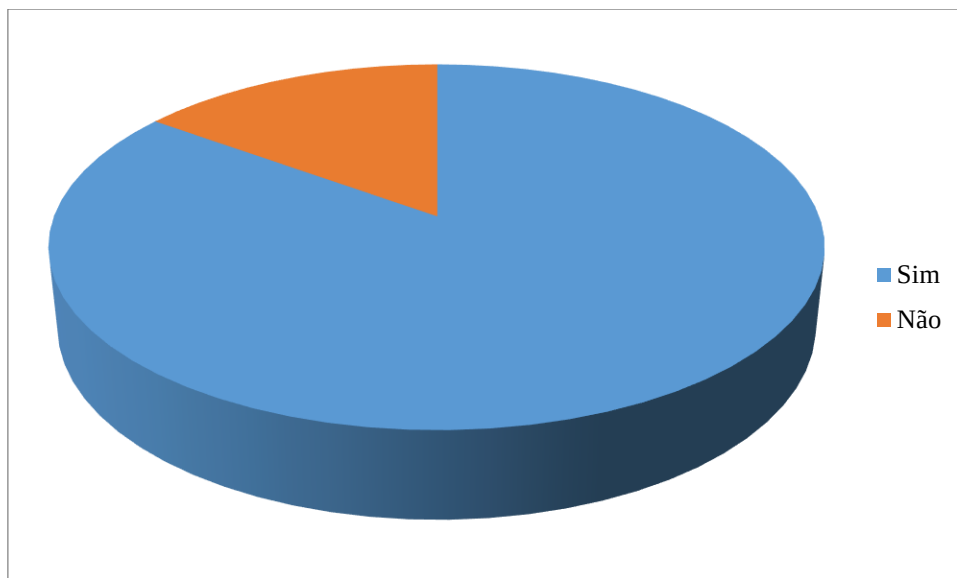
Fonte: primária (pesquisa desenvolvida no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, Patos-PB).

Desse modo, registramos que 11 usuários apontaram que o atendimento prestado pelo médico foi excelente, 03 mostraram-se satisfatórios quanto o seu atendimento, 06 apontou ser regular.

O SUS tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e integralidade, onde representam respectivamente o acesso à saúde que é universal, ou seja, direito de todos os usuários; tratar desigualmente os desiguais, atendendo conforme as suas necessidades e por fim olhar o indivíduo de forma integral, isto é, como um todo (BRASIL, 1990).

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão favorece uma relação de confiança e compromisso entre equipes e serviços.

Gráfico 12 - Sentiu-se acolhido pelo Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro



Fonte: primária (pesquisa desenvolvida no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, Patos-PB).

Sabemos que, alguns serviços públicos não se preocupam o bastante quanto a satisfação do usuário no atendimento à saúde, porém ver-se a necessidade de buscar conhecer a satisfação do usuário quanto ao atendimento prestado pelo HRP, no acesso a saúde, assim 17 usuários participantes apontaram estar satisfeitos quanto ao atendimento recebido dentro do hospital, apenas 03 apontaram não estão satisfeitos quanto ao atendimento prestado pela instituição.

Necessitamos diariamente trazermos discussões a respeito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, do processo de precarização e do desafio de consolidar o princípio da universalidade na garantia do acesso a todos que necessitam dos serviços de saúde. Precisamos resgatar a luta pela materialização dos SUS constitucional.

Nesse sentido Bravo (2008) nos traz uma importante visão falando que:

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira de das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas de técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 1991, p. 95).

Nesse sentido, reforçamos a importância do trabalho interdisciplinar em saúde, entre os quais destacam-se o trabalho do assistente social. A ampliação dos postos de trabalho veio com a implantação do SUS, que passou a necessitar de um profissional capaz de atuar na perspectiva da universalização dos direitos, na formulação dos serviços públicos, na defesa das políticas públicas de saúde, e na luta pela emancipação dos sujeitos, em busca de uma sociedade mais justa e igualitária.

Outro aspecto abordado na pesquisa foi o que poderia melhorar no atendimento realizado pelo Hospital Regional de Patos-PB, desta maneira alguns usuários participantes da pesquisa apontou que, poderia ter “agilidade no resultado dos exames”, Diante da realidade exposta pela entrevistada, e durante o período de estágio no HRP, vimos também à mesma necessidade, tendo em vista que, com a agilidade nos resultados dos exames os usuários podem ter um diagnóstico mais rápido. Outros usuários apontaram que um dos principais aspectos para melhoria no atendimento por parte do hospital seria à agilidade nos atendimentos realizados, sendo que uma das respostas que chamou a atenção foi o da usuária 19, ao afirmar que: “as enfermeiras são lentas, deveriam agir mais” (usuário19, 2017)

Dentro da mesma discussão, perguntamos se os usuários recomendariam o serviço disponibilizado pelo HPR para alguém da sua família, desse modo, 16 usuários disseram que recomendaria o atendimento do HRP por se tratar de um hospital público, e muitos não têm condições de pagar um atendimento no setor privado, enquanto que 04 usuários disseram que não recomendariam os serviços do HPR.

No geral, os usuários demonstraram insatisfação no tocante: à falta de especialistas no HRP, ao acesso a estas especialidades, à continuidade do tratamento em outras Unidades, à demora na entrega de exames especializados e, ainda, à burocracia para acessá-las.

No que tange aos elementos estruturais e organizacionais do HRP (falta de médicos, insumos, medicamentos, dentre outros), podemos perceber que ter um atendimento de qualidade significa, para alguns usuários, ter acesso a medicações, mais profissionais de saúde em atuação.

Portanto, o resultado proporcionado pela pesquisa nos permitiu conhecer mais um pouco a realidade do SUS, bem como do serviço prestado pelo HRP, em que podemos conhecer a visão dos usuários sobre esse sistema, possibilitando trazer uma importante discussão a partir da realidade vivenciada pelos participantes da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada no HRP foi de extrema importância para o processo de construção do conhecimento e crescimento como futura profissional do Serviço Social, na perspectiva de conhecer a realidade exposta através dos próprios usuários, trazendo a discussão para a atualidade em que vivemos.

Neste sentido, ao avaliar a satisfação dos usuários, foi possível destacar alguns pontos positivos e outros negativos. Nos pontos positivos, a pesquisa evidenciou o bom relacionamento com a equipe de saúde, já nos pontos negativos, a pesquisa apontou a falta de recursos financeiros e a demora nos atendimentos.

É destacada a necessidade de se buscar um novo paradigma na atenção à saúde, pautado na humanização, promoção da saúde, autonomia da população e atitude ética nas relações intersubjetivas, que valorize as diferenças e identidades dos seres humanos, reconheça-os como sujeitos de direitos, merecedores de acolhimento e compreensão.

A pesquisa apontou alguns desafios na materialização dos direitos relacionados à saúde no âmbito hospitalar, sobretudo, no mecanismo de informações e orientações na viabilização desse processo.

Nesse sentido, a escuta e o diálogo ocupam um lugar de relevância na satisfação do usuário, uma vez que possibilita que essa intersubjetividade entre em ação, inserindo o usuário no espaço assistencial e conformando um movimento contra as práticas de fragmentação da assistência e objetivação dos sujeitos, concretizadas em ações mecanizadas e desumanas. Vale ressaltar que é essencial que os profissionais de saúde conheçam a realidade dos usuários, para que sejam posteriormente planejados e executados cuidados com qualidade, visualizando as suas necessidades de maneira holística, e buscando alternativas para contribuir com a satisfação do atendimento integral.

Pode-se afirmar ainda que, para o alcance a um atendimento de qualidade e humanizado, são necessários mais do que qualificação profissional ou tecnologia. Para de fato haver o processo de humanização, deve-se envolver: as condições de trabalho da equipe multiprofissional, o ambiente, relacionamento com o paciente-família e o cuidado. Ressaltando que é imprescindível uma gestão que tenha este perfil humanizador, para que assim ganhe força, modifique a estrutura organizacional e obtenha como resultado a qualidade em todos os aspectos no ambiente hospitalar.

Permanece então, a proposta de implementar dispositivos que acreditamos serem relevantes no processo de organização ou reorganização das práticas de saúde. As alterações dependem da postura do profissional, da vontade dos gestores, da reestruturação na formação, da articulação do trabalho em redes. Entendemos assim, que as potencialidades presentes nesses espaços constituem-se num mecanismo central para a garantia do pleno direito à saúde.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização.** 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1834.pdf>. Acesso em: 24 de agosto de 2016.

_____. **Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília, 2000.

_____. **Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília, 2006.

_____. **Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas instâncias do SUS.** Brasília, 2004.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BEHRING; Elaine Rosseti, BOSCHETTI; Ivanete. **Política Social, Fundamentos e História.** 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOSCHETTI, Ivanet. **A Política de Seguridade Social no Brasil.** In: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL. Lei Nº 11.326, de 24 de Julho de 2006. **Estabelece as diretrizes para a formulação da Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais.** Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11326.htm >. Acesso em 10 de Outubro de 2017.

BRAVO, Maria Inês Sousa. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo e Rio de Janeiro: Cortez e Ed. UFRJ, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate.** IN: MOTA, A. E. et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional.** Ministério da Saúde, 2º ed., Cortez: São Paulo, 2009

BRAVO, Maria Inês Souza. **Questão da Saúde e Serviço Social: as práticas profissionais e as lutas no setor.** Tese de Doutorado. Departamento de Serviço Social PUC/SP, 1991.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviços Sociais e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** 2 a ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO. **A Política de Saúde no Brasil.**In: Mota et.al.(Orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2009.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais.** Brasília: Distrito Federal. 2010.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais.** In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 62, 2000.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. IN: **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional.** Ministério da Saúde, 3º ed., Cortez: São Paulo, 2008.

FLEURY, S. Ouverney. Assis Mafort. **Política de Saúde: Uma Política Social.** In: A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org.) Saúde e Democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela, Carvalho, Raul de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. In: **A Questão Social nas décadas de 1920 e 1930 e as bases para a implantação do Serviço Social.** Cortez Editora São Paulo, 2005.

KRUGER, Tânia Regina. **Saúde pública no Brasil: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo.** *Revista Serviço Social & Saúde.* UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010. Acesso em: 13.02.2017

MDS (2008a). **MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME. Programa Bolsa Família – Manual de Gestão de Benefícios do Programa Bolsa Família,** 2ª edição. Brasília, DF, 2008. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. Disponível em: www.mds.gov.br/biblioteca. Acesso em: 15 de Outubro de 2017.

PAIM, JS. **A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(10):1927-1953, out, 2013.

Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010). Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha CFESS Finalgrafica.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Finalgrafica.pdf)>. Acesso em 19/10/2017

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.** Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf> Acesso em: 20.02.2016.

SILVA, Bárbara F. **O PAPEL DO ENFERMEIRO EMERGENCISTA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.** Disponível em http://www.iptan.edu.br/publicacoes/anuario_producao_cientifica/arquivos/revista1/artigos/artigo08.pdf. Acesso em: 01 de Novembro de 2017.

TRINDADE, Hiago. **Crise do capital, exército industrial de reserva e precariado no Brasil contemporâneo.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 129, p. 225-244, maio.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde** / Ana Maria de Vasconcelos. – 7. ed. – São Paulo : Cortez, 2011.



**CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS – FIP
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO DE PESQUISA DE CAMPO

Aspectos socioeconômicos:

Idade: _____

Estado Civil: Solteiro(a) () Casado(a) () Outros ()

Profissão: _____

Escolaridade:

Ensino Fundamental Incompleto() Ensino Fundamental Completo()

Ensino Médio Incompleto() Ensino Médio Completo()

Ensino Superior Incompleto() Ensino Superior Completo()

Pós-graduação () Mestrado() Doutorado()

Renda Mensal: _____

Está inserida em algum programa social? Sim () Não()

Qual? _____

Aspectos referentes ao serviço de saúde

1-É acompanhado por algum serviço de saúde? Sim () Não()

Qual? _____

Quais são as principais dificuldades que você percebe na rede de atendimento de saúde do Hospital Regional Deputado Jandhy Carneiro de Patos, PB?

- () Demora nos atendimentos
- () Qualificação dos profissionais
- () Número de profissionais insatisfatório
- () Numero de serviços Insatisfatórios
- () Recursos
- () Comunicação
- () Transportes

2-Como você avaliaria o atendimento prestado a você na sua chegada ao hospital pela triagem?

- ☐ Excelente
- ☐ Satisfatório
- ☐ Regular
- ☐ Péssimo

3-Como você avalia o atendimento prestado a você pelas enfermeiras do Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro de Patos, PB?

- ☐ Excelente
- ☐ Satisfatório
- ☐ Regular
- ☐ Péssimo

4-Como você avalia o atendimento prestado a você pelo Médico que lhe atendeu?

- ☐ Excelente
- ☐ Satisfatório
- ☐ Regular
- ☐ Péssimo

5-Se sentiu acolhido ao ingressar no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro de Patos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

6-Considera que seus desejos foram respeitos pela equipe de saúde?

7-O que você acha que poderia melhorar no atendimento?

8-Recomendaria o serviço disponibilizado pelo Hospital Regional de Patos para alguém de sua família ou outro usuário? Por quê?

9-Acha que o atendimento como um todo foi humanizado?



**CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS – FIP
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

APÊNDICE B– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

O Sr.(a) está sendo convidado(a), como voluntário(a), à participar da pesquisa intitulada **“A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE OS SERVIÇOS NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO NO HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB”**

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS:

A relevância em priorizar esse estudo se deu a partir das observações realizadas durante o estágio supervisionado no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro de Patos, PB, que usufrui dos serviços ofertados pelo SUS. Na ocasião pude identificar a importância do atendimento para que os usuários possam ter melhor assistência no momento de recuperação de sua saúde. Este estudo tem o intuito de conhecer a visão dos usuários sobre os serviços ofertados pelo Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro de Patos, PB, visando identificar os desafios cotidianos que esse órgão público enfrenta. Os objetivos do referido projeto se propõem a: analisar o grau de satisfação dos usuários dos serviços ofertados pelo Hospital Regional de Patos, PB; Identificar as demandas que chegam ao hospital com mais frequência; Levantar os pontos positivos e negativos apontados pelos usuários sobre os serviços prestados pelo HRP; Verificar se os direitos garantidos em lei estão sendo materializados na prática, tendo em vista o desenvolvimento dos serviços prestados pela instituição. Desse modo, o presente estudo será exploratório descritivo sob uma conotação qualitativa, cujo objetivo principal é compreender a percepção dos usuários do serviço de saúde ofertados pelo Hospital Regional de Patos, PB. Será realizada a aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturada aos usuários do serviço no período do mês de julho e agosto de 2017.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

A realização desta pesquisa não apresenta riscos previsíveis aos participantes, embora possa gerar algum desconforto, como por exemplo, algum entrevistado não se sinta à vontade no momento da entrevista, devido ao estado delicado em que se encontra sua saúde. Sendo que a qualquer momento, ele poderá desistir de responder a entrevista, bem como também, será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho. Esperamos que a presente pesquisa contribua para descobrir se está sendo efetivado um atendimento de qualidade aos usuários do Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro de Patos, PB.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: A participação do(a) Senhor(a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que a presente pesquisa não tem a finalidade de realizar diagnóstico específico para o(a) senhor(a), e sim, desenvolver uma análise sobre os serviços ofertados pelo Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro de Patos, PB, através da percepção dos usuários do mesmo.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O(a) Sr. (a) será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O (a) Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citada nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Senhor (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade da pesquisadora responsável e outra será fornecida ao(a) senhor (a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para Sr.(a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa Senhor (a), e caso haja algum, será garantido indenização por parte do proponente.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:

Eu, _____, fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora _____ me informou sobre a pesquisa e explicou-me os procedimentos, certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ela compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a estudante Jamile da Silva Araújo, ou com a professora orientadora, Kátia Gerlânia Soares Batista, através do telefone (83) 98797-1816 e email: kattiasb@hotmail.com. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos a situado no endereço Rua Horácio Nóbrega, s/n - Belo Horizonte, Patos - PB, CEP 58704-000.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante da Pesquisa	/ / Data
		/ /
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data



**CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS – FIP
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**ANEXO A: TERMO DE COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE
PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Eu, Kátia Gerlânia Soares Batista, professora das Faculdades Integradas de Patos- FIP responsabilizo-me pela orientação de Jamile da Silva Araújo, discente do curso Bacharelado em Serviço Social, no desenvolvimento do projeto intitulado: “A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE OS SERVIÇOS NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO NO HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB”.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na resolução 466\12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética em Pesquisa da FIP sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Patos, 08 de Maio de 2017.

Kátia Gerlânia Batista Soares

Pesquisador(a) Responsável



**CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS – FIP
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**ANEXO B: TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DOS
PESQUISADORES**

Eu, Jamile da Silva Araújo, aluna do curso Bacharelado em Serviço Social das **FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS – FIP**, responsabilizo-me junto com minha orientadora, a professora Ms. Kátia Gerlânia Soares Batista, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE OS SERVIÇOS NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO NO HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB”.

Comprometo-me ainda assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me pelo zelo com o projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador nas atividades de pesquisa, e junto com ele, pelos resultados obtidos e para posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Patos, 08 de maio de 2017

Jamile da Silva Araújo

Pesquisadora participante



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
CNPJ 08.778.268/0023-76
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - PATOS-PB.

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada **"A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE OS SERVIÇOS NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO NO HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB"** a ser desenvolvida pelo (a) pesquisador (a) Jamile da Silva Araújo, para apresentação a Coordenação do Curso de Bacharelado em Serviço Social das Faculdades Integradas de Patos-PB tendo como professora orientadora Kátia Gerlânia Soares Batista, está autorizada para ser realizada junto ao HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO. Este serviço estadual de saúde está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados. Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer Serviço da Rede Estadual de Saúde da Paraíba fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa = CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa antes do início da mesma.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador(a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP

Patos, 10 de maio de 2017

Sem mais,
Atenciosamente,

Ana Caroline Emiliano Fernandes
Ana Caroline Emiliano Fernandes
Presidente da Comissão de Avaliação de Pesquisas
Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro



**CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS – FIP
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

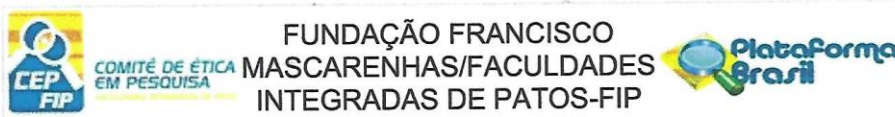
ANEXO D: TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE OS SERVIÇOS NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO NO HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB**”, desenvolvido pela aluna Jamile da Silva Araújo do Curso de Bacharelado em Serviço Social das faculdades Integradas de Patos – FIP sob a orientação da professora Ms. Kátia Gerlânia Soares Batista.

Patos, 08 de maio de 2017

Coordenadora do Curso Bacharelado em Serviço Social da FIP

 **Marita de Souza Salvador**
Coordenadora do Curso Bacharelado
em Serviço Social



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE OS SERVIÇOS NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO NO HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB

Pesquisador: Kátia Gerlânia Soares Batista

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68381617.4.0000.5181

Instituição Proponente: Fundação Francisco Mascarenhas/Faculdade Integradas de Patos-FIP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.121.644

Apresentação do Projeto:

De acordo com a proponente, "O presente projeto será desenvolvido no Hospital Regional Janduhy Carneiro, localizado na Rua Horácio Nóbrega, bairro Belo Horizonte, no município de Patos, PB. Para tanto, realizaremos um estudo de campo, de natureza exploratória, descritiva, através de entrevistas estruturadas com um roteiro

de questões objetivas e subjetivas, que será aplicado com os usuários no intuito de descrever como se materializa a política da saúde nesse espaço, e como se dá o grau de satisfação em relação ao atendimento prestado. Os dados da pesquisa serão coletados entre os meses de julho e agosto de 2017, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa das FIP (Faculdades Integradas de Patos)".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar o grau de satisfação dos usuários dos serviços ofertados pelo Hospital Regional de Patos, PB.

Objetivo Secundário:

- Identificar as demandas que chegam ao hospital com mais frequência.
- Levantar os pontos positivos e negativos apontados pelos usuários sobre os serviços prestados pelo HRP;

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N
Bairro: Belo Horizonte
UF: PB **Município:** PATOS
Telefone: (83)3421-7300 **Fax:** (83)3421-4047 **E-mail:** cepfip@fiponline.com.br
CEP: 58.704-000



COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA

FUNDAÇÃO FRANCISCO
MASCARENHAS/FACULDADES
INTEGRADAS DE PATOS-FIP



Continuação do Parecer: 2.121.644

- Verificar se os direitos garantidos em lei estão sendo materializados na prática;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela RESOLUÇÃO 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Verifica-se direcionamento metodológico adequado à realização de um trabalho com relevância acadêmica, científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela NORMA OPERACIONAL 001/2013.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável à realização do trabalho.

Considerações Finais a critério do CEP:

Com base nos parâmetros estabelecidos pela RESOLUÇÃO 466/2012 do CNS/MS regulamentando os aspectos relacionados a ÉTICA ENVOLVENDO ESTUDOS COM/EM SERES HUMANOS, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos considera que o protocolo em questão está devidamente APROVADO para sua execução.

Este documento tem validade de CERTIDÃO DE APROVAÇÃO para coleta dos dados propostos ao estudo. Destacamos que a CERTIDÃO PARA PUBLICAÇÃO só será emitida após a apresentação do RELATÓRIO FINAL do estudo proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_921825.pdf	11/06/2017 20:58:01		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	11/06/2017 20:56:24	Kátia Gerlânia Soares Batista	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOJAMILEATUAL.docx	11/06/2017 20:53:50	Kátia Gerlânia Soares Batista	Aceito
Outros	TCPRJAMILE.docx	15/05/2017 22:59:38	Kátia Gerlânia Soares Batista	Aceito
Outros	TCPPJAMILE.pdf	15/05/2017 22:59:11	Kátia Gerlânia Soares Batista	Aceito

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N

Bairro: Belo Horizonte

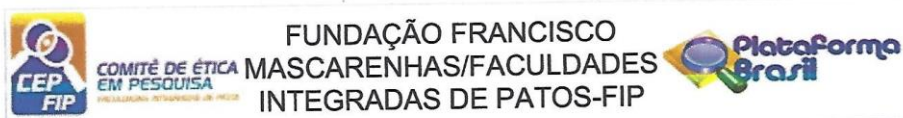
CEP: 58.704-000

UF: PB Município: PATOS

Telefone: (83)3421-7300

Fax: (83)3421-4047

E-mail: cepfip@fiponline.com.br



Continuação do Parecer: 2.121.644

Outros	TERMOAUTORIZACAOFIP.pdf	15/05/2017 22:56:34	Kátia Gerlânia Soares Batista	Aceito
Outros	TERMOANUENCIAHRP.pdf	15/05/2017 22:55:18	Kátia Gerlânia Soares Batista	Aceito
Outros	QUESTIONARIOJAMILE.docx	15/05/2017 22:54:39	Kátia Gerlânia Soares Batista	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJAMILE.docx	15/05/2017 22:54:12	Kátia Gerlânia Soares Batista	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOJAMILE.docx	15/05/2017 22:52:37	Kátia Gerlânia Soares Batista	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.docx	15/05/2017 22:50:31	Kátia Gerlânia Soares Batista	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PATOS, 14 de Junho de 2017

Assinado por:
Flaubert Paiva
(Coordenador)

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N
Bairro: Belo Horizonte CEP: 58.704-000
UF: PB Município: PATOS
Telefone: (83)3421-7300 Fax: (83)3421-4047 E-mail: cepfip@fiponline.com.br