

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

OLGA FRANCIÉLE WINTER

**SAÚDE E DIREITO
POSSIBILIDADES DE AÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE:
UMA EXPERIÊNCIA NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

TKL

Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 08/10/05

**FLORIANÓPOLIS
2005**

OLGA FRANCIÉLE WINTER

**SAÚDE E DIREITO
POSSIBILIDADES DE AÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE:
UMA EXPERIÊNCIA NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Viviane Bergler Fernandes

FLORIANÓPOLIS

2005

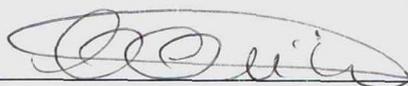
OLGA FRANCIÉLE WINTER

**SAÚDE E DIREITO
POSSIBILIDADES DE AÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE:
UMA EXPERIÊNCIA NA UNIDADE DE INTERNÇÃO PEDIÁTRICA
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

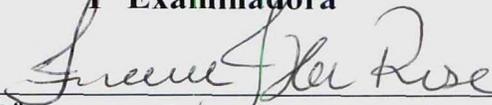
Banca Examinadora

Orientadora: Prof.^a Viviane Bergler Fernandes



Assistente Social Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão

1^a Examinadora



Prof.^a Jussara Jovita Souza da Rosa

2^a Examinadora

**Dedico este trabalho ao meu querido “pai-irmão”
Giovani C. Lazzari por ter transmitido muitos dos
valores que hoje possuo, e por ter proporcionado as
condições essenciais à minha formação profissional;
pelo que não tenho palavras para expressar a imensa
gratidão.**

AGRADECIMENTOS

Ao Deus triuno, co-autor deste trabalho, por provar, mais uma vez que tudo é possível àquele que crê.

Ao Gabriel, meu “anjo da guarda”, com quem compartilhei os momentos de angústia e de superação de desafios, pelo que, tenho tanto a agradecer que como diria o Melga, é mais fácil pedir desculpas!

À minha mãe Selene T. Winter, pelos exemplos de força, determinação e humildade, que contribuem para que hoje eu seja, antes de uma profissional, um “ser humano”.

À assistente social, Elizabeth Callado pelo exemplo profissional, a quem tenho imensa admiração. Quando eu “crescer” quero ser uma PROFISSIONAL como você!

À Viviane Bergler Fernandes, pela orientação deste trabalho.

À Jussara, por ter prontamente aceitado o convite para participar da banca examinadora.

À Carmem Blasi, pela oportunidade de estágio na Unidade de Internação Pediátrica do HU.

À Universidade Federal de Santa Catarina, que me proporcionou o estudo “gratuito” e de qualidade.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho.

“Aos esfarrapados do mundo e aos que neles se descobrem e, assim descobrindo-se, com eles sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam”.

Paulo Freire

WINTER, Olga Franciéle. **Saúde e Direito** possibilidades de ação do Serviço Social da Saúde: uma experiência na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário.

RESUMO

Em se tratando de direitos fundamentais, em especial do direito à saúde, a atuação do Serviço Social ganha relevo nos hospitais infantis, por apresentar-se como uma “porta de entrada” viável para que a criança que necessita de tratamento médico tenha sua necessidade suprida, por meio da viabilização do acesso via encaminhamentos, já que não é raro o Estado abster-se do fornecimento de recursos prestacionais à saúde.

Nesta perspectiva, o presente estudo tem como objetivo discutir as possibilidades de ação do assistente social nas Unidades de Internação Pediátrica, no sentido de contribuir para a viabilização do acesso aos recursos necessários para a recuperação da saúde, quando as unidades locais de saúde não proverem o acesso. Para tanto, apresentamos algumas possibilidades de ação via encaminhamento ao Conselho Tutelar, como mecanismo básico para que suas ações se traduzam em resultados observáveis e mensuráveis.

Palavras-chave: direito à saúde; viabilização; efetivação de direitos; ação profissional; encaminhamento; acesso; direito prestacional.

LISTA DE SIGLAS

NOB- Norma Operacional Básica

UIP- Unidade de Internação Pediátrica

HU- Hospital Universitário

PSF- Programa de Saúde da Família

CAP's- Caixa de Aposentadorias e Pensões

LOS- Lei Orgânica da Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

SIPIA- Sistema de Informação para a Infância e Adolescência

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

HIJG- Hospital Infantil Joana de Gusmão

UTI- Unidade de Tratamento Intensivo

LOAS- Lei Orgânica da Assistência Social

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

PNDH- Programa Nacional de Direitos Humanos

AAHU- Associação de Amigos do HU

UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. DIREITO À SAÚDE	14
1.1. A contribuição da Declaração dos Direitos Humanos para o direito à saúde no Brasil 17	
1.2. Desenvolvimento histórico do direito à saúde no Brasil	21
1.3. Direito à saúde no Brasil a partir da década de 1980	23
1.4. O Sistema Único de Saúde	27
1.5. A criança e o seu direito à saúde	31
2. SAÚDE X DIREITO: O ACESSO VIA CONSELHO TUTELAR	34
2.1. A Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário	35
2.2. As atribuições do Serviço Social e a viabilização do direito à saúde	40
2.3. As atribuições do Conselho Tutelar frente ao direito à saúde	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	71

INTRODUÇÃO

O direito à saúde, mais especificamente o acesso aos recursos necessários à recuperação da saúde foi eleito como tema deste trabalho, que é uma construção teórica, a partir da prática de estágio realizada na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário no período compreendido entre outubro de 2004 a janeiro de 2005.

A escolha do tema surge a partir da observação participante da resolução de uma demanda de aspecto prestacional, ligada à recuperação da saúde de uma paciente internada na U.I.P no período de estágio, a qual permaneceu internada por cerca de três meses, devido ao não deferimento por parte do poder público dos medicamentos que lhe eram necessários para tratamento domiciliar.

De acordo com Becker (1999, p.47)

O observador participante coleta dados através de sua participação na vida cotidiana do grupo ou organização que estuda. Ele observa as pessoas que está estudando para ver as situações com que se deparam normalmente e como se comportam diante delas. Entabula conversação com alguns ou com todos os participantes desta situação e descobre as interpretações que eles tem sobre os acontecimentos que observou.

O estudo do papel do assistente social na efetivação do direito à saúde cresce de importância não apenas pelo tratamento privilegiado que a Constituição Federal reservou ao tema, mas também pelo descompasso que, contemporaneamente, está havendo entre a vontade constitucional e o direcionamento dado pelos governantes.

O art 196 da constituição vigente, considera a saúde:

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

Ao ser chamado para intervir nas deficiências dos serviços de saúde, o assistente social passa a desempenhar um papel ativo na busca da concretização do direito à saúde, uma vez que detém o conhecimento técnico necessário para fazer os encaminhamentos necessários. Sabe-se que, garantir o acesso da população à rede de serviços de saúde é função do Estado e das políticas que ele formula para viabilizá-lo. Porém, a utilização efetiva realizada pela população ocorre comumente no campo do confronto que se estabelece entre os recursos oferecidos e a demanda conformada.

Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo discutir as possibilidades de ação dos assistentes sociais na área da saúde, mais especificamente em hospitais infantis no sentido de contribuir para o acesso aos recursos necessários para a recuperação da saúde, quando as unidades locais de saúde não proverem o acesso. Para tanto, apresentamos as possibilidades de ação do Serviço Social via encaminhamento aos Conselhos Tutelares, como mecanismo básico para que suas ações se traduzam em resultados observáveis e mensuráveis.

Nesta perspectiva, a partir do reconhecimento da existência do direito à saúde, procuramos demonstrar o que captamos na prática vivenciada na Unidade de Internação Pediátrica -UIP do HU sobre as possibilidades de direcionar as ações no sentido de garantir a eficácia da prática interventiva via encaminhamento aos Conselhos Tutelares. Não obstante, pretendeu-se também no presente, aproximar-se da resposta para a seguinte indagação encaminhar somente para o Conselho Tutelar da Ilha os casos que demandam recursos concretos para a recuperação da saúde, garante o acesso?

Os objetivos específicos do estudo, por sua vez, consistem em a) Levantar os instrumentos técnico-operativos mais utilizados para a viabilização do encaminhamento ao Conselho Tutelar; b) demonstrar as possibilidades de ação do profissional frente ao não acesso aos recursos necessários para a recuperação da saúde; c) esclarecer as atribuições do

Conselho Tutelar frente ao direito a saúde; d) propor alternativas de ação ao Serviço Social da U.I.P quando os Conselhos Tutelares por questões administrativas se encontrarem privados do exercício de suas atribuições.

Com relação à metodologia de pesquisa adotada, este estudo caracteriza-se como pesquisa empírica baseada na observação, mediada por uma pesquisa bibliográfica e entrevistas informais, com conselheiros do Conselho Tutelar da Ilha, e com a assistente social responsável pelo Serviço Social da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário.

Segundo Gil (1994, p. 115) a entrevista informal é :

o tipo de entrevista menos estruturada possível e só se distingue da simples conversação porque tem como objetivo básico a coleta de dados [...]. A entrevista informal é recomendada nos estudos exploratórios, que visam abordar realidades pouco conhecidas pelo pesquisador, ou então oferecer visão aproximativa do problema pesquisado.

Quanto à natureza da pesquisa, podemos dizer que é qualitativa, na medida em que os dados foram dispostos, analisados e relacionados com a fundamentação teórica.

De acordo com Búrigo (1997, p.22), “[...] na pesquisa qualitativa a investigação científica não termina com os dados, mas inicia com eles, que devem ser analisados, considerando o contexto da interação”.

Acerca do objeto específico da pesquisa, pode ser classificada como exploratória, visto que tem como objeto, verificar as possibilidades de ação do assistente social frente ao não acesso aos recursos necessários à recuperação da saúde.

“As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL 1995, p.44)”.

A pesquisa estrutura-se em dois capítulos, sendo que no primeiro deles apresenta-se uma reflexão teórica sobre o direito à saúde, por ser este, o pano de fundo da pesquisa que

se pretende apresentar no presente. Para tanto, iniciamos a discussão, com a apresentação da trajetória histórica do desenvolvimento do direito à saúde, bem como os diversos dispositivos legais que asseguram o direito à saúde no Brasil atualmente.

O segundo capítulo é dedicado ao direito fundamental à saúde enquanto direito prestacional, sendo o mesmo situado na classificação dos direitos fundamentais no texto constitucional vigente e no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Na seqüência, são apresentadas as considerações finais a que se chegou com o estudo, com vistas a contribuir para uma nova prática de encaminhamento na U.I.P, bem como, para a formulação de estudos posteriores.

Com relação às limitações para a elaboração deste trabalho, podemos citar o curto espaço de tempo para a pesquisa devido outros compromissos assumidos no decorrer do semestre e a falta de bibliografias sobre os instrumentos técnico-operativos do Serviço Social.

1. DIREITO À SAÚDE

Este capítulo procura dar início a uma reflexão teórica sobre o direito à saúde, por ser este, o pano de fundo da pesquisa que se pretende apresentar no presente.

Para abordar a questão do direito à saúde faz-se necessário, o esclarecimento do termo direito. Ao pesquisar sobre a origem e a significação do termo direito encontramos várias concepções, contudo, faremos considerações somente acerca daquelas que importam para o presente estudo.

Segundo o dicionário Aurélio, o conceito de direito está ligado àquilo que é justo, reto e conforme a lei; faculdade legal de praticar ou deixar de praticar um ato; e ainda faculdade concedida pela lei; poder legítimo.

Relacionado ao conceito “direito” encontra-se a compreensão acerca da noção de pessoa, que pode ser analisada a partir de diferentes óticas, em uma abordagem mais genérica, pessoa é todo o ser humano, em sentido jurídico, sentido que mais nos interessa é o sujeito de direitos e obrigações.

Segundo Simionatto et al... (2004, p.81):

Considera-se que os direitos têm como objetivo explícito regular as práticas sociais e os vínculos que se estabelecem entre os indivíduos, grupos e classes e entre estes e o poder constituído. Enquanto princípio regulador se submetem às alterações estruturais e conjunturais, perpassado pelas contradições e movimentos da sociedade civil, o que determina, por sua vez, mudanças nas relações entre esta e o Estado.

Tais mudanças apontam para a determinação de condições favoráveis ao exercício da cidadania. Marshall (1967, p. 75) divide o conceito de cidadania em três elementos: “civil, político e social”. Demonstra que os direitos civis ligados à defesa da liberdade individual, os direitos políticos, entendidos como direito de participar do exercício do poder político, e os direitos sociais que se referem ao direito mínimo de bem estar que

proporcione a vida de um ser civilizado, representam os elementos constituintes da cidadania.

Ao dividir a cidadania nesses três elementos, Marshall (1967) tentou demonstrar:

que os direitos civis surgiram em primeiro lugar e que se estabeleceram de forma semelhante à forma moderna que assumiram antes da entrada em vigor da primeira Lei de Reforma, em 1932. Os direitos políticos se seguiram aos civis, e os direitos sociais atingiram um plano de igualdade com os outros dois direitos, somente no séc XX.

Os direitos sociais se desenvolveram nos horizontes de lutas, conflitos e demandas que representavam os reflexos de necessidades sociais. A criação dos direitos sociais não tinha como os demais direitos o objetivo de restringir o poder do Estado, mas exigir uma certa ação positiva do Estado face às carências vitais e sociais.

Segundo Marshall (1967): “Os direitos sociais implicam um comportamento ativo por parte do Estado com vistas a garantir aos cidadãos uma situação de certeza”. É acerca deste direito, ou seja, o direito social que nos deteremos a partir deste momento, mais especificamente o direito à saúde.

Vale ressaltar ainda, que os jusnaturalistas, defendem que o direito regulamenta as relações inter-pessoais e que apenas o ser humano pode ser sujeito de tais relações, em razão da impossibilidade de se pensar os fenômenos jurídicos sem a eles fazer referência. A pessoa é desse modo, sujeito de direito em razão de sua especificidade humana.(PHILIPPI, 1991)

Desta forma, pode-se afirmar que os direitos permeiam necessariamente a relação entre os sujeitos, sejam eles indivíduos ou grupos e o poder constituído, ou seja o Estado.

Telles (1997, p.217) salienta:

Os direitos inscrevem-se no terreno das relações sociais e são (ou deveriam ser) parâmetros ordenadores desta relação para neutralizar as dissimetrias de posições e desequilíbrios de poder.

Assim, o conceito de sujeito de direito identifica-se conforme Kelsen (1991, p.185): “com o de pessoa, ente portador de direitos e deveres jurídicos que pode ser tanto o indivíduo como outras entidades”.

Ainda quando falamos de “sujeito de direito”, não podemos esquecer que este, está relacionado ao Estado de Direito, que surge após a difusão das doutrinas jusnaturalistas, além da Declaração dos Direitos do Homem.

Após a exposição das considerações preliminares a respeito do direito, enquanto poder legítimo do ser humano, acreditamos ser possível adentrarmos à questão do direito à saúde, cumpre-nos esclarecer preliminarmente que o direito à saúde, trata-se de um direito público subjetivo e fundamental do homem.

Conforme Costa (1997, p. 139) :

Um autêntico poder de exigir de outras pessoas um comportamento positivo ou negativo, normativamente determinado, com a possibilidade de recursos aos tribunais para a instauração de providências coativas, caso tal comportamento não se verifique.

Podemos assim, dizer que o direito à saúde configura-se como direito imediato, oponível contra o Estado, obrigando-o à prestação efetiva dos serviços que se fazem necessários para prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Conforme Canotilho e Moreira (1991, p. 130):

Somente alguns casos é que os direitos sociais conferem aos cidadãos (a todos e a cada um) um direito imediato a uma prestação efetiva, sendo necessário que tal decorra expressamente do texto constitucional. E o que sucede designadamente no caso do direito à saúde art 64.

Assim, em acordo com o art 64 da nossa Constituição, entendemos que o direito à saúde enquadra-se no grupo dos direitos fundamentais prestacionais, ou seja, o direito à saúde exige uma postura ativa por parte dos poderes públicos, no sentido de concretizá-lo.

A questão que se coloca para os profissionais de Serviço Social que trabalham nas unidades de saúde é em nosso entender, conhecer até que ponto e sob que condições é possível, com base neste direito fundamental social, gestar alternativas de ação frente às demandas dos seus usuários.

Neste sentido, pretendemos no presente identificar as possibilidades do agir profissional frente ao direito fundamental à saúde, limitando-nos a focar o olhar à prestação de recursos concretos para a recuperação da saúde.

Para tanto, iniciamos com o presente capítulo, o qual tem como objetivo: apresentar, bem como, discutir os diversos dispositivos legais que asseguram o direito à saúde.

Num primeiro momento, apresentamos de forma sucinta, a contribuição da Declaração Universal dos Direitos Humanos para a positivação do direito à saúde no Brasil, posteriormente trazemos um resgate do direito à saúde a partir da década de 1980, na seqüência, tecemos comentários sobre o direito da criança à saúde, articulando os vários dispositivos legais que colaboram para o entendimento de que o direito à saúde, é um direito público subjetivo, e por fim, apresentamos o Sistema Único de Saúde, sistema no qual está inserida a Clínica Pediátrica do Hospital Universitário, local onde ocorreu nossa experiência de estágio, sobre a qual discorreremos no segundo capítulo.

1.1. A contribuição da Declaração dos Direitos Humanos para o direito à saúde no Brasil

Discutiremos neste item, a literatura relacionada com a questão Saúde e Direitos Humanos, por entender a Declaração dos Direitos Humanos como um dos suportes do processo de construção do direito à saúde.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos surge em face ao flagelo provocado pela a segunda Guerra Mundial, portanto, pode ser entendida como uma de suas conseqüências diretas.

O pós-guerra lança aos países membros da Organização das Nações Unidas o desafio de construir um código universal de direitos humanos. Este código nascia como resposta às atrocidades e aos horrores cometidos durante o Nazismo, período marcado pela lógica da destruição, no qual ocorriam constantes violações dos direitos humanos e, à crença de que parte destas violações poderiam ser evitadas se existisse um sistema de proteção internacional dos direitos humanos.

A Declaração dos Direitos Humanos surge em 10 de dezembro de 1948, como paradigma e referencial ético a orientar a ordem internacional, mediante a formulação de um código universal de valores. Este código universal significaria o consenso sobre os preceitos minimamente necessários para assegurar uma vida com dignidade. A dignidade da pessoa humana pode ser entendida como:

A qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável. (SARLET 1998, p.60).

Assim podemos dizer que, o princípio da dignidade humana fornecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos influencia o fundamento da própria organização política do Estado Democrático de Direito. No atual texto constitucional em seu art. 1º, inciso III, verifica-se o princípio da dignidade humana.

Nesta perspectiva, podemos dizer que a Constituição vigente, também denominada “Constituição Cidadã”, recepcionou as premissas alinhadas na “Declaração Universal dos Direitos Humanos”, abrindo caminho para a plena reafirmação dos Direitos Humanos e para novas conquistas sociais.

A universalidade deste código transcenderia a diversidade cultural dos povos, que compartilhariam de um mesmo entendimento em relação aos direitos fundamentais do ser humano.

Nesta perspectiva, a Declaração Universal dos Direitos Humanos consolida a “afirmação de uma ética universal”, ao consagrar um consenso sobre valores de cunho universal a serem seguidos pelos Estados.

Os Direitos Humanos compreendem três categorias: os direitos civis e políticos que asseguram o direito à igualdade perante a lei; direito dos povos, os direitos econômicos e sociais dentre os quais o direito à saúde, nosso foco de discussão, ao qual nos deteremos com maior profundidade.

Os Direitos Fundamentais caracterizam-se como aqueles que cada ordenamento jurídico considera como tais, variando segundo as diretrizes de cada ordenamento jurídico.

Nesta perspectiva, o critério mais apropriado para diferenciar os direitos humanos dos direitos fundamentais é o da concreção positiva, haja vista que os direitos humanos possuem contornos mais amplos e imprecisos em relação aos direitos constitucionalmente reconhecidos pelos Estados.

Nesta perspectiva, podemos dizer que a Declaração Universal dos Direitos Humanos fornece subsídios para o que se convencionou chamar de direitos fundamentais em nossa constituição vigente.

Nessa via, com o suporte do art 25 desta declaração que diz que “todo o homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar” pode-se inferir que o direito à saúde, esculpido no art 6º, da carta constitucional, integra o rol dos direitos fundamentais sociais que certamente receberam influências da Declaração Universal dos Direitos Humanos, além do que, quando o art 25 diz que “todo o homem tem direito..” fornece o ideal da universalização do acesso à saúde, que posteriormente é positivado em nossa constituição vigente, em seu art 196:

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

Neste sentido, o art 196 acima exposto, salvaguarda a garantia de acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços que busquem a promoção, proteção e recuperação da saúde, em sintonia com os valores fundamentais eleitos na Declaração Universal dos Direitos Humanos destinados a assegurar os direitos básicos do ser humano.

Tendo em vista que o direito à saúde no Brasil integra o rol dos direitos sociais e está intimamente vinculado ao direito à vida e ao princípio da dignidade humana, inexistem dúvidas quanto à contribuição da Declaração Universal dos Direitos Humanos à positivação do direito à saúde na constituição de 1988.

Nesta perspectiva, o direito à saúde positivado em nossa constituição vigente, está ligado ao princípio da dignidade humana instituído desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

1.2. Desenvolvimento histórico do direito à saúde no Brasil.

Para os fins a que se propõe este trabalho, necessária é a recuperação da dimensão histórico constitucional do direito à saúde no Brasil.

Pode-se dizer que o direito à saúde dentro do contexto histórico-político do séc. XIX era praticamente inexistente. Eram escassos os hospitais e os serviços de vigilância sanitária. A doença nesta época era relegada ao campo místico, “uma desgraça das divindades”. Não cabia ao Estado interferir nesta questão.

Até a década de 1920, aqueles que necessitam de assistência médica eram obrigados a comprar serviços dos profissionais liberais. Aos despossuídos restavam duas alternativas: a medicina popular ou o auxílio das Santas Casas de Misericórdia.

Em 1923, com a aprovação da Lei Eloy Chaves, surge a Previdência Social no Brasil e cria-se a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários, a qual seguiram outras CAP's formadas por categorias urbanas, com maior poder de mobilização. As CAP's tinham como atribuição central a assistência médica. Neste período, a assistência médica passa então, a ser permitida somente para quem tinha carteira assinada e contribuía para a Assistência Social. Parte significativa da população era considerada indigente ou carente por não estar incluída neste sistema.

Foi somente com a promulgação da Constituição de 1934 que se passou a pensar na garantia do direito à saúde, ainda que de forma incipiente, pois, esta Constituição lança o fundamento para a inauguração de um Estado Social brasileiro, garantindo direitos como à aposentadoria, à educação, à assistência social, à cultura, à moradia, entre outros, em especial os que visavam à proteção dos trabalhadores.

O direito à saúde, apesar de ser um típico direito social, somente veio a ganhar status constitucional, de forma expressa, com a Constituição de 1988, porém, a partir da Constituição de 1934 já se tornou possível visualizar preocupações sanitárias. Em seu art. 10, II, confere a responsabilidade em relação à saúde, à União e aos estados. Mais adiante especifica:

“Art.138. Incube à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas: f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis.”

Como anteriormente citado, foi somente com a promulgação da Constituição de 1988, que o Brasil positivou o reconhecimento do direito à saúde, 40 anos após a Declaração dos Direitos Humanos elencar a saúde como elemento da cidadania em seu artigo 25: “toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para assegurar a si e a sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto a alimentação, ao vestuário, ao alojamento, a assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários [...]”.

Nenhum texto constitucional se refere explicitamente à saúde como integrante do interesse público fundante do pacto social até a promulgação da Carta de 1988. A primeira república ignorou completamente qualquer direito social e evitou, igualmente, referir-se à saúde (DALLARI,1995,p.23) .

Antes da Constituição de 1988 a saúde não era considerada direito de todos, a assistência médica era permitida apenas a quem tinha carteira assinada e contribuía para a Assistência Social. Parte significativa da população era considerada indigente ou carente por não contribuir e não estar inscrita no “INPS”.

1.3. Direito à saúde no Brasil a partir da década de 1980

A trajetória do direito a saúde no Brasil assume novos contornos a partir da década de 1980, decorrentes dos debates sobre a Reforma Sanitária e a Constituição de 1988, intitulada Constituição Cidadã, quando ocorre a incorporação da saúde como direito social.

No início da década de 1980 amplia-se o debate sobre melhores condições de saúde, o que abre campo para movimentos reivindicatórios. Tais reivindicações foram abordadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, cujo tema voltava-se para os Serviços Básicos de Saúde, tendo como temática central a discussão da saúde como um direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde integrando aspectos orgânicos-institucionais, descentralização, universalização e participação, redefinindo os papéis institucionais das unidades políticas (União, estado, municípios e territórios) na prestação de serviços de saúde (Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1987) . Ainda, na Conferência Nacional de Saúde fica estabelecida a concepção ampliada de saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Assim, podemos dizer que a situação da saúde no Brasil é discutida e reformulada a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde cujo relatório final faz recomendações acerca de mudanças no setor de saúde, no sentido de torna-lo acessível, democrático, universal e equitativo. Tais recomendações passaram a constituir o Projeto da Reforma Sanitária, já então plenamente legitimado pelos movimentos sociais.

Identificado com os interesses populares e movimentos sociais compostos por estudantes, profissionais de saúde, professores, pesquisadores, e trabalhadores organizados entre outros, o Projeto da Reforma Sanitária tendo como características: conceito abrangente de saúde, saúde como direito de cidadania e dever do Estado, além da instituição de um Sistema Único de Saúde é levado à Assembléia Nacional Constituinte em 1987 para concorrer com outras propostas. O resultado final desta Assembléia proporcionou os fundamentos para as leis que posteriormente regulamentaram o direito à saúde.

A Constituição Federal de 1988 constitui um marco significativo para o setor saúde, uma vez que o definiu como setor de relevância pública, ficando o Estado, a partir desta definição, obrigado a garantir, as condições necessárias ao atendimento à saúde da população.

A Constituição de 1988 define a saúde como direito de todos e um dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas. Nesta perspectiva, vem garantir a saúde como um direito universal, sem qualquer critério de exclusão ou discriminação, conforme art 196: “um direito de todos e dever do Estado”.

A Constituição de 1988 foi a primeira constituição a estabelecer de forma relevante, uma seção sobre a saúde. Foi a primeira a levar realmente a sério a saúde, tratando-a como direito fundamental, demonstrando com isso uma fina sintonia entre o texto constitucional e as principais declarações internacionais de direitos humanos.

São diversos os dispositivos constitucionais que tratam expressamente da saúde, tendo sido reservado, ainda, uma seção específica sobre o tema dentro do capítulo destinado à Seguridade Social. O art. 6º informa que a saúde é um direito social.

No art. 7º, há dois incisos tratando da saúde: o IV, que determina que o salário-mínimo deverá ser capaz de atender as necessidades vitais básica do trabalhador e sua família, inclusive a saúde, entre outras, e o XXII, que impõe a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança. De acordo com o art. 23, inc. II, a União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios possuem competência comum para cuidar da saúde.

Pelo artigo 24, inc. XII, a União, os Estados e o Distrito Federal possuem competência concorrente para legislar sobre a defesa da saúde. Ressalte-se que os municípios, por força do art. 30, inc. I, também podem legislar sobre a saúde, já que se trata de assunto de inegável interesse local, até porque a execução dos serviços de saúde, no atual estágio, está, em grande parte, municipalizada.

O art. 30, inc. VII, confere aos Municípios a competência para prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população. Dentre os principais aspectos da Constituição de 1988, pode-se destacar: a incorporação do conceito mais abrangente da saúde, a legitimação do direito de todos, adotando como único critério de acesso aos serviços e ações ser cidadão, e por último estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em relação a ordem social, a Constituição compôs o tripé da Seguridade Social, destinado a assegurar os Direitos relacionados à Saúde, a Previdência e Assistência Social.

Em relação à saúde a Constituição especifica:

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

A inclusão da saúde no texto constitucional, gerou um conjunto de leis voltadas a organização e efetivação do Sistema Único de Saúde, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde, Lei 8.080 e a Lei 8.142 que dispõem sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, e a participação da comunidade na gestão do SUS, regulamentando o capítulo da saúde contido na Constituição. Além disso, foram criadas as constituições estaduais e as leis orgânicas dos municípios, adaptando-se a legislação em âmbito regional e municipal.

As leis nº 8.080 e nº 8142 que regulamentam a saúde, a partir dos princípios constitucionais foram aprovadas em 1990, e dispõem sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que é um sistema público de saúde, destinado a toda população e financiado com recursos arrecadados através de impostos.

O Sistema Único de Saúde tem por princípios: a universalidade -todos tem direito a prestação de serviços de saúde sem discriminação, a equidade todo o cidadão tem direito à atendimento conforme suas necessidades, a integralidade dentro da lógica que os serviços de saúde devem atender o indivíduo como um ser humano integral. “O indivíduo deve ser compreendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida (ALMEIDA; WESTPHAL, 2001)”.

Dentre os princípios organizativos, conforme capítulo II, título I estão: a hierarquização correspondente à divisão dos serviços em três níveis de complexidade, atenção primária (promoção, proteção e recuperação realizadas nos postos de saúde), secundária (além de atividades de nível primário, assistência nas especialidades básicas) e terciária (capacidade resolutiva nos casos mais complexos do sistema).

Dentre os princípios organizativos que encontramos no Sistema Único de Saúde, tem-se explícito a participação dos cidadãos que é a garantia constitucional de que

população participará da formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis de governo.

1.4. O Sistema Único de Saúde

Para regulamentar o que foi previsto na Constituição Federal de 1988, no que diz respeito ao direito à saúde, no ano de 1990 foram editadas as Leis Orgânicas da Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo o art. 4º da Lei nº 8.080, Lei Orgânica da Saúde, o Sistema Único de Saúde:

É o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público.”e complementarmente“pela iniciativa privada.

As Leis Orgânicas da Saúde-LOS incorporaram os tópicos já consagrados na Constituição, reafirmando os princípios do SUS de integralidade nas ações, universalidade, equidade, participação popular e a descentralização político-administrativa, com direção, com direção única em cada esfera de governo, destacando-se a hierarquização e a regionalização dos serviços que compreendem as redes de atendimento à saúde. Segundo Elias (1996, p.66) o SUS deve obedecer as seguintes diretrizes:

Descentralização, com fixação das direções pelas esferas de governo (federal, estadual e municipal); atendimento integral que compatibilize as atividades preventivas e as assistenciais; participação da comunidade, difundida como controle social.

A formulação e implementação do Sistema Único de Saúde tiveram como objetivo alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão em consonância com o art 196.

O Sistema Único de Saúde tem seus objetivos explícitos na Lei nº 8.080/90 no art. 4º:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

O Sistema Único de Saúde representa um grande avanço no tocante às políticas públicas, uma vez que pode ser considerado um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população. Além, de representar um avanço no campo da cidadania tendo em vista que esta é :

um conjunto de direitos e liberdades políticas, sociais e econômicas, já estabelecidas ou não pela legislação. A saúde é um componente desta cidadania, compreendida não só pela existência formal dos direitos civis, políticos e sociais, mas pela possibilidade efetiva de exercê-los.(ESCOREL, 1995).

O SUS é destinado a todos os cidadãos acesso universal e igualitário, sendo financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população.

Com relação ao financiamento do SUS, chama a atenção duas formas:

1) Através da contribuição compulsória a ser administrada e regulada pelo Estado, como por exemplo, as contribuições devidas pelos empregadores e empregados ao INSS. 2) Através de recursos fiscais resultante das atividades arrecadatórias, isto é, impostos, tributos, contribuições e outras taxações realizadas pelo Estado, e ainda através da contribuição sobre movimentação financeira CPMF, que deixou de ser provisória e se tornou em março de 1999, permanente. (ELIAS 1996, p. 94)

Do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros de saúde, hospitais, incluindo os universitários, laboratórios, além de fundações e institutos de pesquisa. Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. Assim, pode-se dizer que o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum.

O setor privado participa do SUS de forma complementar, quando as unidades públicas de assistência à saúde são insuficientes para garantir o atendimento de toda a população de uma determinada região. A prestação de serviços de saúde por parte do setor privado é viabilizada pelo Estado, por meio de contratos e convênios de prestação de serviços.

“As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal” (art. 7º Lei 8.080/90).

As ações e serviços de saúde que integram o Sistema Único de Saúde seguem os seguintes princípios expressos na Lei 8.080/90 Capítulo II em seu art. 7º: universalidade de acesso todos os níveis de assistência à saúde; integralidade de assistência; preservação da

autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde; direito à informação; às pessoas assistidas, sobre sua saúde; I divulgação de informações em relação aos serviços de saúde; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos dos três níveis de governo; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Com relação ao processo de descentralização da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde tem-se a NOB 01/93 aprovada pela portaria nº 545 do Ministério da Saúde.

A NOB regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial, e as diretrizes para os investimentos no setor (Brasil, Ministério da Saúde, 1993, p.48)

No que se refere ao aperfeiçoamento da gestão e a reordenação do modelo de atenção à saúde temos a NOB/ 96 que define:

Os papéis de cada esfera de governo [...]; os instrumentos gerenciais para que os municípios e estados [...], assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS; os mecanismos financeiros, reduzindo as transferências por produção de serviços [...]. (BIER 1997, p.29) .

Assim, podemos dizer que a composição integrada e modernizada do Sistema Único de Saúde visa, atingir dois propósitos essenciais à concretização dos ideais constitucionais e, portanto, do direito à saúde, que são: a consolidação de vínculos entre os diferentes níveis de governo no que diz respeito à responsabilidade da gestão do SUS; e a

criação das condições fundamentais para a eficiência e a eficácia do gerenciamento do Sistema Único de Saúde.

1.5. A criança e o seu direito à saúde

Enquanto sujeitos de direitos, e na condição de pessoas humanas em processo de desenvolvimento, as crianças e os adolescentes possuem direitos civis, humanos e sociais dentro dos quais está incluído o direito à saúde, resguardado pela constituição vigente, bem como, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. O Estatuto da Criança e do Adolescente em seu art. 3º diz que:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo de proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

A partir da Constituição Federal de 1988, todas as crianças e adolescentes passaram a ter assegurados seus direitos à saúde. Conforme o art 227 desta constituição:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer[...].

Verifica-se ainda, na Constituição do Estado de Santa Catarina em seu art 187, a reafirmação em relação ao compromisso assumido pela constituição no artigo supracitado. “O Estado assegurará os direitos da criança e do adolescente previstos na Constituição Federal”.

O Estatuto em seu título II, referente aos Direitos Fundamentais, estabelece o direito à saúde da criança e do adolescente, desde sua fase pré-natal de desenvolvimento. No artigo 11, “assegura o atendimento médico à criança e ao adolescente através do

Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Neste sentido, temos o apoio dos princípios e diretrizes, capítulo II da Lei nº 8.080 Sistema Único de Saúde (SUS) em seu art. 7º: “Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”.

Em relação ao acesso à recuperação da saúde percebe-se nos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados¹ em seu art 13 menção ao direito de: “receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a cura, reabilitação e/ ou prevenção secundária e terciária”.

Com relação aos direitos de assistência à saúde da criança no Brasil, além da Constituição Federal e do Estatuto da Criança e do Adolescente, e outras leis anteriormente mencionadas tem-se: o Programa Nacional de Direitos Humanos² que propõe, entre outras coisas: investir na formação e capacitação de profissionais e encarregados da implementação da política de direitos da criança e do adolescente nos governos estaduais e municipais e nas organizações não-governamentais.

Pertinente ao direito à saúde da criança tem-se ainda, a contribuição da Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989³ em seu artigo 24:

Os Estados parte reconhecem o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde. Os Estados parte envidarão esforços no sentido de assegurar que nenhuma criança se veja privada de seu direito de usufruir desses serviços sanitários.

Pode ser mencionado, ainda, que o texto constitucional em seu art 225 preceitua que é essencial à sadia qualidade de vida um meio ambiente ecologicamente equilibrado.

Segundo Schwartz (2001) “existem alguns direitos que compõem e modificam a qualidade de vida e conseqüentemente da saúde, os quais denomina de “direitos afins ao direito à saúde”, tendo em vista sua estreita ligação com o direito à saúde”.

Conforme o autor supracitado, os direitos afins ao direito à saúde correspondem ao direito de proteção do meio ambiente, direito à educação, direito à moradia, direito ao saneamento, direito ao bem-estar social, direito a não ter fome, direito aos serviços médicos, além de outros...

Diante dos dispositivos legais anteriormente mencionados, pode-se inferir que existe enorme quantidade de garantias em relação ao direito da criança à saúde, contudo, em termos práticos, verifica-se considerável índice de não acesso aos recursos necessários à recuperação da saúde em hospitais públicos, o que traz o questionamento: são suficientes as normas legais para assegurar o direito à saúde? ou existe a demanda de profissionais, instituições, conselhos que viabilizem o acesso?

Segundo Schwartz (2001, p. 156):

Dentro do caráter sistêmico da saúde, a procura pela sua efetivação, solução não é problema apenas do judiciário ou de um único estamento social, mas de todos os componentes do poder e da sociedade, de vez que o problema sanitário abrange a todos os integrantes de uma nação, possuindo característica interdisciplinar e holística.

¹Os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados foram aprovados pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, sendo o texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria.

² O Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), elaborado pelo Ministério da Justiça em conjunto com diversas organizações da sociedade civil, é, identificar os principais obstáculos à promoção e proteção dos direitos humanos no Brasil, eleger prioridades e apresentar propostas concretas de caráter administrativo, legislativo e político-cultural que busquem equacionar os mais graves problemas que hoje impossibilitam ou dificultam a sua plena realização. O PNDH é foi instituído, sob a presidência de Fernando Henrique Cardoso.

³Assembléia Geral das Nações Unidas adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança- Carta Magna para todas as crianças do mundo em 20 de novembro de 1989.

2. SAÚDE X DIREITO: O ACESSO VIA CONSELHO TUTELAR.

O presente capítulo tem como objetivo apresentar nossa reflexão acerca das ações do assistente social que contribuem para a viabilização do acesso aos recursos necessários à recuperação da saúde dos pacientes internados em hospitais infantis via encaminhamento ao Conselho Tutelar.

Nesta perspectiva, a partir de informações captadas na prática de estágio e captadas através de pesquisa bibliográfica, além de aproximação ao Conselho Tutelar da Ilha através de entrevistas realizadas com a conselheira K.R e o conselheiro R.B, tecemos comentários acerca das possibilidades de direcionar as ações do Serviço Social no sentido de garantir a eficácia da prática interventiva via encaminhamento ao Conselho Tutelar.

Analizamos ainda, se somente a prática de encaminhamento ao Conselho Tutelar garante o acesso aos recursos necessários à recuperação da saúde, ou se existe um desafio posto para o assistente social no sentido de estar em permanente busca de estratégias que venham garantir a efetivação do acesso.

Para tanto, começamos apresentando a Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário, local onde captamos a partir do estágio, informações acerca da prática de encaminhamento ao Conselho Tutelar, em seguida apresentamos as atribuições do Serviço Social voltadas para a busca da viabilização do direito à saúde e por fim as atribuições do Conselho Tutelar frente ao direito à saúde.

2.1. A Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário

A Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário iniciou suas atividades em 09 de julho de 1980, prestando atendimento a crianças de 0 a 14 anos. Por ser um hospital de referência que oferece estrutura para o atendimento e tratamento de casos de média e alta complexidade, o HU atende além da população de Florianópolis, os municípios vizinhos e de todo o Estado. Porém, a Pediatria do HU atende somente os casos de média complexidade que possuem diagnósticos complexos ensejando internação para tratamento clínico duradouro, sem, contudo, necessitar internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pois, neste caso a criança é encaminhada para o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), que é o hospital infantil de referência no Estado de Santa Catarina para tratamentos de média e alta complexidade.

A Unidade de Internação Pediátrica tem como objetivo oferecer um atendimento interdisciplinar à criança e à sua família com vistas a suprir as necessidades por tratamento e recuperação apresentados pelas crianças internadas. Para tanto, dispõe, atualmente, de 30 leitos para a internação de casos de média complexidade, e de uma equipe multiprofissional, composta por uma assistente social, nutricionistas, enfermeiros, médicos, e uma psicóloga.

Através do mapeamento de 2004, elaborado a partir da análise dos registros e prontuários das crianças internadas no setor de Pediatria, bem como, através das informações obtidas através do levantamento do perfil sócio-econômico de 30 famílias durante o período de estágio, obtivemos informações a respeito do nível social das crianças internadas na Pediatria, pelo o que observamos, podemos dizer que a população atendida na U.I.P tende a caracterizar-se pelo nível sócio-econômico precário, sendo que 30,0 % dos entrevistados declararam renda de até dois salários mínimos, outros 23,3% declararam

renda de até um salário mínimo, 6,7% informaram renda de até três salários mínimos, 13,3% declararam ganhar até quatro salários mínimos, 6,7 informaram renda de até cinco salários mínimos, 6,7% declararam ganhar mais de cinco salários, e 13,3% declaram não possuir renda fixa.

Outro agravante observado refere-se ao nível de escolaridade alcançado pelos acompanhantes dos pacientes, cuja educação formal restringe-se, praticamente, ao ensino fundamental 76,7% dos entrevistados, 13,3% não foram alfabetizados e apenas 10,0% cursaram o ensino fundamental.

Os dados (anexos) obtidos com os estudos acima mencionados nos trazem uma pálida idéia das principais doenças apresentadas pelas crianças internadas na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário, bem como do nível sócio-econômico.

A Unidade de Internação Pediátrica de que falamos até o momento, encontra-se inserida no HU como já assinalamos. O Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago recebeu esta denominação por ter sido fundado em maio de 1980, pelo prof. Polydoro Ernani de São Thiago. O Hospital Universitário HU foi projetado e construído com base nas diretrizes recomendadas pela comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura que preconiza as seguintes finalidades: assistência médico-cirúrgica, ensino da área da saúde e desenvolvimento de pesquisas.

Nesta perspectiva pode-se dizer que o Hospital Universitário HU trata-se de uma instituição social, de caráter governamental, órgão complementar da Universidade Federal de Santa Catarina que está subordinado à reitoria da mesma universidade e ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) cuja finalidade é a prestação de assistência a nível médico-cirúrgica, o ensino, a pesquisa e a extensão, com vistas à promoção de uma formação profissional de qualidade dos alunos ligados aos cursos na área de saúde oferecidos pela UFSC.

Na condição de hospital público, o HU segue os princípios e diretrizes que regem a Lei nº 8080/90, Lei Orgânica da Saúde (LOS), portanto, não possui critérios de elegibilidade para a admissão de pacientes, ou seja, atende a demanda espontânea de adultos ou crianças de diversas classes sociais sem fazer qualquer restrição.

Caracteriza-se como modelo hospitalar de referência pública, por prestar atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para onde se encaminha a demanda das unidades básicas de saúde (centros de saúde) da grande Florianópolis e cidades do interior de Santa Catarina, tanto para a área da emergência como para as diversas especialidades ambulatoriais.

Para a prestação de atendimento à saúde da população em geral, o HU dispõe de uma infra-estrutura que comporta: um ambulatório, um banco de sangue, clínica de internação e de emergência. Além, de serviços complementares, buscando garantir o tratamento da clientela nos diferentes graus de complexidade.

Para este trabalho dispõe de 246 leitos distribuídos nas seguintes unidades:

- Clínicas cirúrgicas I e II
- Clínicas médicas I, II e III
- Maternidade
- Ginecologia
- Unidade de terapia intensiva (UTI)
- Unidade de tratamento dialítico
- Emergência adulto e infantil
- Unidade de Internação Pediátrica

O quadro de profissionais do Hospital Universitário HU apresenta diversas especialidades quais sejam: médicos especialistas em cardiologia, pneumologia,

ginecologia, neurologia, gastroenterologia, cirurgia geral, urologia, proctologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, anestesiologia, dermatologia entre outros; enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, pedagogo, assistentes sociais, auxiliares técnicos de enfermagem, fisioterapeuta e fonoaudiólogo.

Em maio de 1980, após um mês de inauguração o Hospital Universitário HU passou a contar com o profissional de Serviço Social em sua equipe de saúde. A intervenção do Serviço Social junto ao corpo técnico-científico da entidade, foi solicitada pelo diretor da comissão de implantação do Hospital Universitário.

Atualmente o hospital conta com uma equipe de nove assistentes sociais, cada qual realizando diferentes atividades em diversos setores, sendo que nos deteremos no presente trabalho, à atuação do Serviço Social no setor de Pediatria, onde realizamos o estágio curricular obrigatório.

O Serviço Social da Clínica Pediátrica visa viabilizar o acesso às informações e aos recursos da instituição, bem como da Rede Social com que trabalha para que os direitos das crianças e de seus familiares sejam assegurados, conforme prevê o art. 5º do código de ética do Serviço Social alínea c “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários.” Além de “refletir com as famílias a sua vida cotidiana atingida no momento com a problemática da internação da criança, buscando conjuntamente alternativas básicas para possibilitar a transformação dessas situações(projeto do Serviço Social da Pediatria)”

O assistente social da Clínica Pediátrica trabalha principalmente com demandas de recorte social apresentadas pelos acompanhantes “familiares” dos pacientes internados. As atividades cotidianas pautam-se pelo conhecimento, reflexão e ação, sendo que os instrumentais-técnicos mais utilizados são entrevistas, observações e relatórios.

As ações desenvolvidas pelo Serviço Social da Clínica Pediátrica do HU correspondem às seguintes: entrevistas com acompanhantes dos pacientes internados para a realização de estudo sócio-econômico; mapeamento das internações da pediatria, por procedência e doença; registro diário em livro próprio de dados levantados nos prontuários dos pacientes, o que proporciona melhor conhecimento do perfil epidemiológico dos usuários.

Participação das reuniões de intercâmbio realizadas pelo Serviço Social, Psicologia e Enfermagem para troca de informações sobre os pacientes e suas famílias; viabilização de auxílios concretos como vale transporte, cesta básica, leite, roupas, transporte para tratamento fora domicílio (TFD) a fim de facilitar o retorno ao município de origem; encaminhamentos através de contatos com órgãos governamentais e conselhos paritários, Conselhos Tutelares buscando garantir os direitos assegurados no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Tais encaminhamentos ocorrem também, quando as condições em que vive o paciente ameaçam sua qualidade de vida e integridade física, porém, nos deteremos ao estudo do encaminhamento feito ao Conselho Tutelar da Ilha no sentido de contribuir para o acesso aos recursos necessários à recuperação da saúde dos pacientes internados na Clínica Pediátrica.

Maiores informações a respeito do Hospital Universitário, bem como, da Clínica Pediátrica, vide os seguintes trabalhos de Conclusão de Curso: O processo de intervenção do Serviço Social na Pediatria do Hospital Universitário e a política de saúde e assistência social no Brasil (SOUZA, 2003); A análise da prática profissional do trabalho do Serviço Social na Pediatria do Hospital Universitário (GUZATTI, 1990); entre outras monografias formuladas a partir da prática de estágio na Clínica Pediátrica do HU.

2.2. As atribuições do Serviço Social e a viabilização do direito à saúde

Ao pensar as competências e atribuições do assistente social é necessário lançar o olhar para os dilemas da contemporaneidade; para as transformações societárias desencadeadas no âmbito político, econômico e social associadas à expansão da política econômica neoliberal e a expansão da globalização, haja vista que estas transformações trouxeram impactos à nível mundial nas relações estabelecidas entre Estado e sociedade civil

Em sintonia com a inflexão do cenário mundial que afeta a produção e a distribuição de bens e serviços que fazem parte da reprodução da vida material, ocorre a contra-reforma do Estado nos seus “diferentes níveis de poder e na sua relação com a sociedade”, demarcada pela transferência da prestação de serviços públicos, inclusive os essenciais como a saúde, para a iniciativa privada (mercado) e para a sociedade civil (voluntariado), rompendo assim, o compromisso com a garantia dos direitos fundamentais sociais. Neste sentido, ocorre a desregulamentação do Estado que deixa de assumir o papel de organizador da economia e garantidor da cidadania. Presenciamos assim, a crise do Estado como instituição política e do Estado de Direito como referência jurídica.

Este contexto cria um redimensionamento das condições do exercício profissional do assistente social que passa a ser requisitado mais do que nunca para dirimir conflitos em que, de um lado, está o cidadão, lutando por seus direitos, e, do outro o Estado que se quer mínimo, por razões acima mencionadas.

Tal redimensionamento implica em respostas profissionais articuladas em torno do projeto profissional de caráter ético-político que por sua vez, representa um horizonte para o exercício profissional, uma vez que a dimensão ética constitui elemento definidor da

direção que se dá ao saber impregnado do caráter político, entendido como firme propósito do profissional de seguir rigorosamente os valores e significados do código de ética profissional. A operacionalização do projeto ético-político supõe o desvelamento das condições sócio-históricas que circunscrevem o trabalho do assistente social na atualidade.

Conforme Yamamoto (2003, p.20):

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

Nesta perspectiva, o assistente social tem entre outros, o compromisso de repensar continuamente a sua prática no sentido de adequá-la ao contexto em que está inserida. Como nos lembra Marilena Chauí, (1982) em seu livro *Cultura e Democracia*, “é somente entendendo o processo histórico que podemos alterar o seu curso”. Assim cabe ao assistente social desvendar a realidade do tempo presente, a fim de buscar suporte para dar conta das questões estruturais que determinam as condições de saúde da demanda que atende nas unidades de saúde.

Neste sentido, conhecer as particularidades do tempo presente e da história é requisito necessário para a compreensão da realidade social do seu público-alvo, o que permite a construção de novas competências e habilidades, viabilizando assim, a ampliação da garantia de direitos através de seu trabalho.

Segundo Yamamoto (2003, p.75):

O desafio é redescobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional no cenário atual; traçar horizontes para a formulação de propostas que façam frente à questão social e que sejam solidárias com o modo de vida daqueles que a vivenciam, não só como vítimas, mas como sujeitos que lutam pela preservação e conquista da sua vida, da sua humanidade.

A luta pela preservação dos direitos, como o direito à vida, por exemplo, ocorre no campo do confronto de interesses, daí a necessidade do profissional de Serviço Social, pois se pressupõe que este, devido os princípios de seu código de ética profissional, encontra-se comprometido com ações que impulsionem a “criação de novas formas de sociabilidade, assentadas na relação entre Estado e a sociedade civil”. (IAMAMOTO 2003, p. 199)

Ainda de acordo com Iamamoto (2003, p. 79):

O desafio posto para o Serviço Social é transformar espaços de trabalho, especialmente estatais, em espaços de fato públicos, alargando as possibilidades de apropriação da coisa pública por parte da coletividade, o que se choca com a tendência de privatização do Estado persistente na história política brasileira.

Nesta perspectiva, o profissional de Serviço Social comprometido com o projeto profissional inspirado pelo modelo crítico/dialético, o qual, estabelece compromisso com o fortalecimento dos projetos e lutas da classe trabalhadora, através de ações que se orientam por uma pedagogia emancipatória com vistas ao reconhecimento por parte do usuário de sua condição de sujeito histórico, deve fomentar a luta pela construção de um Estado democrático e social de direito, que tenha papel ativo na busca da redução da desigualdade social e conseqüente apropriação da “coisa pública“ por parte da coletividade.

De acordo com o acima exposto, encontramos nos princípios fundamentais do código de ética profissional do Serviço Social, que a defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida constitui atribuição do assistente social.

Assim de acordo com Vasconcelos apud Bravo et al... (2001, p.114):

Aos assistentes sociais que objetivem romper com práticas conservadoras, não cabe reproduzir o processo de trabalho capitalista, alienante. Há então que, historicamente, buscarmos a ruptura, através do trabalho e das relações sociais, com as formas capitalistas de trabalhar e pensar e buscar um trabalho que, além de prestar assistência, resulte num processo educativo; num bem e não num produto a ser consumido.

// Neste sentido, acreditamos que a prática do assistente social deve voltar-se para ações sócio-educativas que possibilitem o usuário a tomar consciência de seus direitos, bem como, impulsionar processos de mudança em relação à sua posição submissa, a fim de que o usuário resolva por si as dificuldades relacionadas à situação problema em que se encontra; somente assim, de acordo com a autora supracitada, pode-se perceber um bem como resultado de sua prática e não somente “um produto a ser consumido” //

Assim, as ações sócio-educativas devem pautar-se numa pedagogia emancipatória com vistas à promoção da autonomia dos sujeitos, para a emancipação dos indivíduos enquanto sujeitos históricos, o que requer do assistente social, compromisso com o projeto ético-político da profissão, que tem a liberdade como seu valor central e que, portanto, implica em ações que busquem a plena expansão dos indivíduos sociais, através dos esclarecimentos necessários ao entendimento de seus direitos na sociedade, pois só tem poder de escolha para participar “ativamente da história e da sociedade” aqueles que estão informados.

À luz desta compreensão, acreditamos que o assistente social da Saúde deve exercer o papel de educador político, comprometido com uma política democrática que assuma o desafio de ampliar a consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos dos usuários, conforme os princípios fundamentais do código de ética da profissão.

Em se tratando de direitos fundamentais, em especial, o direito à saúde, a atuação do Serviço Social dentro de um hospital ganha especial destaque, por apresentar-se como um dos serviços viáveis (uma porta de entrada) para que o paciente que necessita de tratamento médico tenha a sua necessidade suprida, já que o Estado não raramente abstém-se do fornecimento de recursos necessários ao restabelecimento da saúde dos pacientes, como por exemplo, medicamentos, provimento de tratamento médico especializado etc.

Assinalamos, contudo, que os assistentes sociais que trabalham nas unidades de saúde não detém verbas para deliberar decisões em relação ao acesso ao direito à saúde; cabe-lhes, propor-se segundo seu código de ética profissional assumir o compromisso da defesa intransigente dos direitos humanos, o que pressupõe a luta pela efetivação desse direito através do engajamento aos meios legais e institucionais previstos nas leis municipais, para garantir os direitos das crianças e dos adolescentes.

Tais meios legais correspondem aos: os Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente, que são órgãos públicos, descentralizados, deliberativos em relação às políticas de atendimento às crianças e que exercem o controle social das ações do governo e da sociedade, no que tange à garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes; o Fundo dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes que destina recursos orçamentários do município, estado e união entre outras receitas para a implementação de programas da rede de atendimento às crianças e adolescentes; e o Conselho Tutelar que é órgão permanente, autônomo e não-jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente; em relação a este, mais especificamente ao Conselho Tutelar da Ilha, nos reportaremos, por ser este conselho o mais vinculado às práticas de encaminhamento vivenciadas no período de estágio.

Com relação aos encaminhamentos ao Conselho Tutelar no sentido de contribuir para o acesso dos recursos necessários para o restabelecimento da saúde dos pacientes internados nos hospitais infantis, cumpre-nos assinalar: ao realizá-los, o assistente social posiciona-se em favor da equidade e justiça social, buscado assegurar o acesso universal aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais de acordo com os princípios fundamentais do código de ética profissional, que por sua vez, vem ao encontro dos direitos fundamentais da criança estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente em seu art 11:

É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Além do acima exposto, ao executar o encaminhamento ao Conselho Tutelar, o assistente social observa o princípio fundamental de seu código de ética, que diz respeito à articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilham dos mesmos princípios.

Assim, o assistente social, contribui para a garantia do direito à saúde, à medida que atende a demanda, articulando e possibilitando o acesso aos recursos e serviços necessários ao restabelecimento da saúde dos pacientes através do encaminhamento ao Conselho Tutelar da Ilha. Segundo Gentilli (1997, p.14), “As atividades, descritas como orientar e encaminhar serviram de ponto de partida para a materialização da identidade profissional”.

Observou-se na prática de estágio, bem como, em entrevista realizada com a assistente social da U.I.P que várias são as situações que demandam encaminhamentos, dentre os encaminhamentos para recursos internos da instituição estão: recursos assistenciais, como cesta básica, vale transporte, medicamentos, entre outros. Em relação aos recursos externos tem-se encaminhamentos para Programas e Projetos existentes na rede pública e/ou ONGs; e Conselhos Tutelares, contudo, nos deteremos no presente trabalho, àqueles encaminhamentos que são feitos para o Conselho Tutelar da Ilha, com vistas à viabilização dos recursos necessários ao restabelecimento da saúde dos pacientes. Neste sentido, iniciamos nossa reflexão a respeito da prática de encaminhamento para o Conselho Tutelar da Ilha, através da exposição dos depoimentos da assistente social da U.I.P que revelam sua perspectiva sobre esta prática profissional.

Podemos dizer com base em entrevista realizada com a profissional que, se faz encaminhamento para o Conselho Tutelar de casos que requerem recursos para a recuperação da saúde em último caso, somente quando se esgotam as seguintes alternativas: prefeitura, secretaria municipal de saúde, postos de saúde, suprimento que a direção do hospital repassa para o Serviço Social para “compra de medicamentos em casos específicos”, e recursos provindos da Associação de Amigos do HU ⁴. Segundo a profissional responsável pela U.I.P:

Os encaminhamentos feitos para o Conselho Tutelar geralmente estão ligados a situações de risco, negligência, a nível protetivo, preventivo, quando suspeitamos que existe alguma situação de risco para a criança. (assistente social)

⁴ São objetivos da AAHU: divulgar amplamente a existência e os fins da AAHU, esclarecendo a natureza dos objetivos de seus programas e projetos que necessitem auxílio comunitário; empenhar-se pelos direitos e interesses da AAHU junto aos organismos internacionais, federais, estaduais e municipais, das áreas de saúde, educação e assistência social; sensibilizar as entidades públicas e privadas nacionais e estrangeiras sobre a importância da AAHU para a obtenção de recursos favor dos projetos científicos e administrativos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Maiores informações vide anexos.

Ainda segundo esta profissional:

procuramos encaminhar para os postos de saúde, prefeitura, secretaria municipal de saúde os casos que requerem recursos concretos, em último caso, encaminhamos para o Conselho Tutelar, porque achamos que o Conselho não tem como objetivo a viabilização de recursos materiais até porque eles não tem muitos recursos.

Com relação às atribuições do Conselho Tutelar considera: “proteger a criança nos seus direitos quando forem violados, seja a nível protetivo ou corretivo”.

A respeito da efetividade do Conselho Tutelar considera:

Difícil responder, porque não tem acompanhamento após a alta, falta estrutura, a não ser que a criança volte a reinternar, temos demanda interna muito grande, nos casos mais graves ligamos para o PSF⁵ para saber se o programa está acompanhando.

Com relação aos instrumentos técnico-operativos comumente utilizados pelo Serviço Social da Pediatria para a viabilização de encaminhamentos para o Conselho Tutelar, a profissional refere-se ao contato telefônico e/ou encaminhamento via fax, contendo parecer social quando o Conselho solicita.

⁵Atendendo as indicações do Banco Mundial para a reorientação do sistema de saúde [...] foi implantado em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF viria atrelado como um programa no âmbito da atenção primária com objetivos de desenvolver ações focalizadas para grupos humanos considerados de extrema pobreza, com recursos diferenciados, de baixa densidade tecnológica e custos mínimos, WIESE (2003 apud SANCHEZ, 2004, p.45).

Com relação às informações que devem constar no "encaminhamento" ou seja, no relatório, a assistente social da U.I.P considera importante:

parecer social para a interpretação da situação socioeconômica, parecer psicológico e o laudo médico; a interpretação sócio-econômica serve para justificar a necessidade.

Tendo em vista que o encaminhamento para o Conselho Tutelar da Ilha enquanto procedimento interinstitucional, encontra-se circunscrito no campo de intervenção do assistente social, cumpre-nos destacar a propósito do presente trabalho, as possibilidades de direcionar as ações no sentido de garantir a eficácia desta prática interventiva. Em primeiro lugar, é preciso que se diga que o encaminhamento para o Conselho Tutelar da Ilha é aqui compreendido, como instrumento que visa atender as necessidades de recursos para a recuperação da saúde dos pacientes da UIP, quando se esgotam todas as possibilidades de atendimento por parte da rede pública de saúde e de assistência.

Enquanto parte do processo de intervenção, o encaminhamento para o Conselho Tutelar da Ilha, envolve a articulação de etapas, estas, por sua vez envolvem a utilização de instrumentos técnico-operativos; que podem ser : a entrevista, a reunião, o relatório, diário de campo entre outros. Dentre os instrumentos técnico-operativos que podem ser utilizados, nos deteremos àqueles que consideramos fundamentais para o sucesso do encaminhamento. Começamos pela entrevista que precede o relatório e o encaminhamento propriamente dito.

É preciso que se diga inicialmente, que a entrevista enquanto instrumento técnico-operativo utilizado pela assistente social da UIP com o intuito de contribuir para o acesso aos recursos necessários à recuperação da saúde não deve centrar-se na busca de

informações para a interpretação da situação sócio-econômica do paciente, antes deve ter como objetivo, a obtenção dos dados acerca do diagnóstico do paciente, bem como, da orientação dos recursos terapêuticos necessários, uma vez que a entrevista nos casos que requer prestação de recursos ou serviços por parte do Estado para a recuperação da saúde tem como objetivo, subsidiar a formulação do relatório a ser encaminhado para o Conselho Tutelar e não do parecer social, pois, não cabe ao assistente social trabalhar com critérios de elegibilidade no âmbito da saúde, haja vista, que a saúde é direito de todos e dever do Estado (art 196 Constituição Federal de 1988).

Nesta perspectiva, entendemos que o relatório formulado com base nos dados obtidos a partir da entrevista com a família da criança, não deve trazer como problemática central o relato da condição socioeconômica da família deve, contudo, trazer a descrição dos fatos que justificam a necessidade dos recursos, como forma de legitimar a solicitação, visto que, o direito ao acesso à saúde, é direito de todos e não somente das classes menos favorecidas.

O conselheiro R. B. diz em entrevista que é dispensável a caracterização do nível sócio-econômico nos relatórios quando se trata de solicitação de recursos para a recuperação da saúde:

Todos têm direito à saúde, indiferente da renda, do nível sócio-econômico, o próprio Estatuto da Criança e do Adolescente deixa claro esta linha de pensamento no art. 98 quando diz que as medidas de proteção à criança são aplicáveis sempre que os direitos forem violados. (Conselho Tutelar da Ilha).

Ressaltamos ainda, a entrevista constitui momento oportuno para a coleta de dados que dizem respeito ao diagnóstico do paciente, que por sua vez expressos no relatório a ser encaminhado para o Conselho Tutelar, reforçam o direito do paciente ao acesso dos recursos que se fazem necessários à sua recuperação.

De acordo com o artigo de Misoczky (1997, p. 137) sobre equidade em saúde:

A teoria de justiça de Daniels baseada em necessidades mostra que cuidados médicos são necessários para satisfazer necessidades humanas mínimas para o “funcionamento mínimo da espécie” (Daniels, 1985). Assim, o direito à atenção médica é justificado em termos do seu papel em assegurar que há uma igualdade justa de oportunidades para viver uma vida normal.

A entrevista ainda constitui importante espaço para uma observação acurada do profissional com o intuito de verificar se existe outra necessidade implícita que porventura extrapole o âmbito da saúde.

Em relação à entrevista ainda, podemos fazer as seguintes observações: não devem servir somente, como meio de captar informações dos usuários; devem a nosso ver, viabilizar o repasse de informações, além de representar um espaço aberto para identificar junto com os usuários alternativas de ações, compatíveis com os recursos disponíveis na instituição e/ou disponíveis na Rede Pública de Saúde, Assistência Social e Associação dos Amigos do HU, esta fornece subsídios pecuniários e materiais para casos emergenciais; e acima de tudo compatíveis com os dispositivos legais que assegurem efetividade das medidas que se pretende adotar.

Ainda, em relação ao momento da identificação de alternativas de ação conjuntamente aos usuários, cabe uma reflexão; convém que o processo de intervenção seja visto, aí, para além da busca de solução imediata de problemas.

Neste sentido, a entrevista deve servir como meio para instrumentalizar o usuário para uma mudança de concepção acerca da saúde, enquanto conceito e enquanto serviço, para que ele possa perceber-se enquanto sujeito de direitos e co-responsável na resolução de problemas que, porventura, venham a extrapolar o âmbito da doença. Assim, o reflexo

da ação profissional não deve finalizar-se no momento da entrevista deve, contudo, incidir sobre a capacidade do usuário de refletir e de atuar sobre a realidade para transformá-la.

De acordo com Freire (1980, p.40):

[...] o homem não pode participar ativamente na história, na sociedade, na transformação da realidade, se não é auxiliado a tomar consciência da realidade e de sua própria capacidade para transformá-la. Ninguém luta contra as forças que não compreende, cuja importância não mede, cujas formas e contornos não discerne.

A partir deste entendimento, compreendemos que o assistente social que faz a entrevista deve aproveitar este momento, para realizar ações sócio-educativas que fomentem a participação social da construção e gestão das políticas públicas através do exercício do controle social.

Para Vasconcelos (1989, p.57) “ um dos princípios do Sistema Único de Saúde é a participação popular no seu gerenciamento, cabendo às organizações populares e suas lideranças papel central no processo”.

Com relação à ação do assistente social da área da saúde no sentido de contribuir para o acesso dos recursos necessários à recuperação da saúde, fazemos as seguintes observações: não cabe ao assistente trabalhar com critérios de elegibilidade no âmbito da saúde, já que esta se configura em sentido legal como direito de todos, o que pressupõe a não escolha entre o cidadão que merece e o que não merece o acesso.

Assinale-se, contudo, que as condições objetivas de trabalho do assistente social são determinadas em “parte” pela política social focalista levada a cabo pelo Estado que se quer mínimo, assim, embora o assistente social opte por articular seu trabalho aos interesses e necessidades dos usuários, vê-se em alguns momentos pressionado a utilizar critérios de escolha para a destinação dos recursos disponíveis na instituição bem como,

nas instituições com que trabalha; o que não impede a nosso ver, uma leitura crítica da realidade específica com a qual trabalha, que tenha o objetivo de captar possibilidades de ação contidas nessa realidade, o que reflete na criação de estratégias a médio e longo prazo no sentido de pressionar o Estado para a criação dos recursos necessários ao pleno funcionamento do serviço de assistência.

Nesta perspectiva, o assistente social deve segundo Vasconcelos (2002, p. 417):

Obter dados para criar e fortalecer estratégias e alternativas que respondam aos interesses dos usuários, pois, ao seguir à risca os critérios e demandas institucionais, a ação profissional contribui para excluir, estigmatizar, rotular mais ainda que os próprios critérios seletivos, excludentes e focalistas da política de saúde. Ou seja, o trabalho profissional resume-se a verificar o grau de pobreza necessária para inserir o usuário nos critérios de exclusão a partir de encaminhamentos. Abre-se mão, assim, de verificar todos os dados, situações, indícios e informações disponíveis que assegurem o acesso aos recursos disponíveis para e/ou se exerça pressão a criação dos recursos necessários.

Neste sentido, acreditamos que recorrer ao baixo perfil sócio-econômico do paciente como argumento central para o merecimento dos recursos necessários ao restabelecimento da saúde, implica em reforçar a idéia de benemerência do Estado, que presta assistência à saúde pela via do favor e não pela via do direito.

A partir desta compreensão, podemos dizer que existe um desafio posto para os assistentes sociais que trabalham nas unidades de saúde, que é o de romper a dicotomia entre teoria e prática. Ora, a uma categoria profissional que tem em seu código de ética como princípio fundamental ”o posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais”; não cabe reproduzir práticas conservadoras de controle social sobre os indivíduos e grupos sociais que refletem na manutenção do “status quo”, da desigualdade vigente na

sociedade, e do caráter paternalista que o governo vem assumindo diante de seus compromissos com a sociedade civil.

Aqui, não estamos nos referindo a este ou aquele assistente social que, na complexidade do cotidiano das unidades de saúde às vezes se vêem restringidos de exercer a profissão de forma ética e política. Contudo, estamos de acordo com Vasconcelos (2002, p.33):

Estamos nos referindo ao que resulta do conjunto de ações desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, ou seja, o trabalho profissional hegemônico nos serviços de saúde.

Neste sentido, o relatório a ser encaminhado ao Conselho Tutelar, com o intuito de solicitar recursos para a recuperação da saúde não deve focar a atenção no quesito carência, pois, o usuário não precisa de alguém para reforçar a idéia de que ele é pobre, “coitadinho” por isso precisa da “ajuda” do Estado, o relatório deve, porém, apoiar-se fundamentalmente na concepção do direito líquido e certo (direito imediato) que requer do Estado uma prestação efetiva. Assim, convém, que o relatório encaminhado não tenha como argumento central o baixo nível sócio-econômico do paciente para que este venha a ter acesso aos recursos de que necessita para sua recuperação, antes, deixe claro e explícito os dispositivos legais que “garantem o acesso”.

Assim, ao formular o relatório a ser encaminhado para o Conselho Tutelar o assistente social da saúde, deve preocupar-se em explicitar os dispositivos legais (ECA, Constituição do Estado de Santa Catarina, Constituição Federal...) que asseguram o direito da criança aos recursos à sua recuperação, como forma de legitimar o direito constituído.

Ainda com relação ao relatório, acreditamos ser importante, a descrição objetiva do diagnóstico do paciente, que deve ser elaborado a partir da entrevista com o usuário, bem

como, interlocução com a equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros...) que podem ocorrer nas reuniões de intercâmbio realizadas pela equipe. Além disso, é importante conter os dados que identifiquem o paciente.

Segundo o conselheiro R. B o relatório deve conter:

Todos os dados que identifiquem e localizem o paciente (nome completo do paciente, filiação, endereço) anexo a receita médica, em fim, o relatório deve proporcionar o conhecimento dos fatos (Conselho Tutelar da Ilha).

Com relação ainda, às possibilidades de direcionar as ações no sentido de agilizar o encaminhamento para o Conselho Tutelar, consideramos importante arquivar as informações contidas nos encaminhamentos feitos ao Conselho Tutelar, uma vez que tais informações podem ser úteis para posteriores encaminhamentos, além de servir para garantir a continuidade da ação em casos crônicos que demandam constante prestação de recursos por parte do Estado.

Importa, assinalar que, embora este capítulo proporcione uma reflexão acerca do encaminhamento como instrumental de ação do Serviço Social para contribuir para a viabilização do acesso aos recursos necessários à recuperação da saúde, não tem a intenção de reduzir a prática do Serviço Social, colocando o encaminhamento como uma finalidade da ação profissional, mas considera este instrumento, como um dos meios de que o assistente social se utiliza para proceder ao seu fazer profissional, que não deve finalizar-se no momento do encaminhamento, porém, indicar outras estratégias de ação a curto e longo prazo.

Por fim ressaltamos, os encaminhamentos não devem se traduzir em ações burocráticas, imediatas, isoladas que se realizam como um fim em si mesmo. Devem, contudo, ser articulados a programas e projetos que atinjam e/ ou absorvam os usuários de

forma sistemática e continuada no sentido de oferecer suporte contínuo às demandas explícitas, mas principalmente às demandas implícitas por atenção integral à saúde.

2.3. As atribuições do Conselho Tutelar frente ao direito à saúde.

Dentre os mecanismos criados a partir da Constituição de 1988 em relação aos direitos das crianças, destacam-se os Conselhos Tutelares e os Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente, ambos regulamentados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que surgiria dois anos mais tarde. Enquanto o Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente é responsável pela formulação, deliberação e controle de políticas públicas voltadas à infância e juventude no âmbito do município, o Conselho Tutelar é o guardião desses direitos assegurados na Constituição, tais como o direito à saúde, educação, ao lazer, à cultura, entre outros previstos no artigo 227 da Constituição, o mesmo que afirma serem crianças e adolescentes prioridade absoluta nas políticas públicas do país.

Dentre os direitos previstos na constituição e regulamentados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente está o direito à saúde como anteriormente mencionado, ao qual nos reportaremos com maior frequência a propósito do presente capítulo.

O Conselho Tutelar previsto no art 131 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é órgão permanente, autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente.

O caráter de permanência se deve ao fato de desenvolver uma ação contínua, sem interrupção uma vez que foi instituído por lei. A autonomia encontra-se relacionada à independência no exercício das funções que lhe foram delegadas pelo Estatuto da Criança

e do Adolescente. Assim, o Conselho pode deliberar, agir, aplicar as medidas de proteção que entender mais adequadas a cada caso, sem qualquer interferência externa, ou ordem judicial. Contudo, o Conselho Tutelar pode sofrer fiscalização do Conselho Municipal de Direitos, da autoridade judiciária, do Ministério Público e das entidades da sociedade civil que trabalham com as crianças e adolescentes. O Conselho Tutelar não tem poder de obrigar o cumprimento de determinações legais ou punir quem as infrinja, por isso é considerado órgão não-jurisdicional. (cf. Faleiros, 1995)

As atribuições do Conselho Tutelar em relação à saúde são definidas pelo artigo 136 do Estatuto da Criança e do Adolescente, quais sejam: promover a execução de suas decisões, podendo para tanto: requisitar serviços públicos na área da saúde dentre outras áreas (educação, serviço social...); representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações e encaminhar infração administrativa ou penal ao Ministério Público. (art 136 inc III).

Segundo a conselheira K.R constitui atribuição do conselho:

Requisitar o serviço público de saúde e quando não atendido representar ao Ministério Público a violação do direito por parte do órgão violador (Conselho Tutelar da Ilha).

Enquanto sujeitos de direitos, as crianças possuem o direito à saúde, resguardado pela constituição vigente, bem como, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Segundo a conselheira K.R:

A criança e o adolescente para o Conselho é visto como sujeito de direitos que deve ter acesso priorizado ao sistema e a garantia de seus direitos". O atendimento é realizado na primazia do direito e jamais como assistência ou como assistencialismo (Conselho Tutelar da Ilha).

De acordo com a citação acima, encontramos no Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo 4º:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde [...].

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende: a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias [...].

O Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo. 3º diz que a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo de proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

De acordo com a conselheira K.R:

Geralmente quando a criança apresenta o direito à saúde violado, outros direitos como o direito à vida e dignidade são violados, devido a precariedade do sistema de garantia de direitos, a escassez de políticas públicas voltadas à infância e juventude relacionadas a todos os direitos fundamentais (Conselho Tutelar da Ilha).

O Estatuto em seu título II, referente aos Direitos Fundamentais, estabelece o Direito à saúde da criança e do adolescente, desde sua fase pré-natal de desenvolvimento. O artigo 11, “assegura o atendimento médico à criança e ao adolescente através do Sistema único de Saúde (SUS), garantindo **acesso universal e igualitário** às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”. Neste sentido afirma a conselheira K.R que: “O acesso à saúde não pode estar vinculado à carência sócio-econômica devido a universalização do direito à saúde” (Conselho Tutelar da Ilha).

Segundo o previsto em lei, o Conselho Tutelar constitui órgão responsável por zelar pelos direitos da criança e do adolescente, sempre que haja omissão ou violação dos direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente, para tanto, é necessário que a sociedade, o Estado e a família estejam articulados numa rede social de proteção. Contudo, se observa uma fraca rede de proteção, incapaz de atender a demanda; o que ocasiona a sobrecarga do Conselho Tutelar, que acaba prestando atendimento precário, pela falta de estrutura e falta de pessoal para suportar a grande demanda que deveria ser absorvida pelo serviço público de saúde.

Com relação às maiores dificuldades enfrentadas para a viabilização do acesso de recursos para a recuperação da saúde a conselheira K. R observa:

Escassez de políticas públicas, a precária estrutura do Conselho, poucos funcionários, falta de internet para alimentar o SIPIA⁶, falta de material de expediente, a falta de carro; temos apenas um carro para atender toda a demanda, e cinco conselheiros para as quatro regiões (Conselho Tutelar da Ilha).

⁶ O SIPIA (Sistema de Informação para a Infância e Adolescência) é um sistema alimentado pelo Conselho Tutelar; permite o registro e o tratamento de informações sobre a garantia dos direitos fundamentais, preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, portanto, é tido como um instrumento para a ação dos Conselhos Tutelares e dos Conselhos de Direitos. Tem como finalidade: assegurar às crianças e adolescentes deste Estado o acesso como cidadão às políticas sociais básicas necessárias ao seu desenvolvimento pleno; participar da Rede Nacional do Ministério da Justiça para monitoramento de questões relativas às crianças e adolescentes; assegurar aos Conselhos Tutelares um processo de trabalho em consonância com as atribuições definidas no artigo nº 136 da Lei 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Maiores informações vide, Uma análise do Conselho Tutelar: seus dilemas e perspectivas. Trabalho de conclusão de curso. Curso de Serviço Social. UFSC.

Dentre as medidas que considera viáveis para o bom funcionamento do Conselho

Tutelar a conselheira K.R coloca:

Priorização de fato dos direitos da criança e do adolescente por parte do poder público; criação de mais dois Conselhos para o município, um para região norte outro para a região sul. (já existe uma ação civil pública no Ministério Público); a estruturação física e recursos humanos adequados para o bom funcionamento do Conselho(Conselho Tutelar da Ilha).

Tendo em vista que o Conselho Tutelar não tem espaço físico adequado ao atendimento dos usuários, e não possui recursos e profissionais suficientes, tem como alternativa encaminhar os casos de violação de direitos que tem notícia aos órgãos competentes dentre eles o Ministério Público da Infância e Juventude. Assim, acreditamos que a dificuldade de encontrar um recurso que atenda e que obtenha sucesso na reversão do problema é igual para o Conselho Tutelar.

À luz deste entendimento, pensamos que o recurso acionado pelo Conselho Tutelar para a viabilização do acesso, poderia ser buscado diretamente pelo assistente social da U.I.P e até mesmo pela família da criança enferma, porque, como vimos o direito à saúde, trata-se de um direito que deve estar à disposição de todos, e se não está, o poder público deve ser acionado. Contudo, sabemos que a medida de acionar o poder público pode, ser tomada paralelamente ao encaminhamento para o Conselho Tutelar.

Conforme a conselheira K.R:

É um dever do profissional **informar** ao Conselho os casos de violação de direitos de acordo com o ECA, e é extremamente necessário para que o Conselho Tutelar tenha notícia do fato e possa garantir o direito da criança, sendo que outras ações não prejudicam a ação do Conselho, pelo contrário legitimam a busca pela efetivação do direito (Conselho Tutelar da Ilha).

Nesta perspectiva, não significa que o atendimento dos direitos ameaçados ou violados deva ser necessariamente repassado ao Conselho Tutelar; a lei fala em ser necessária a comunicação do caso ao Conselho Tutelar, sem prejuízo da adoção de outras providências.

Os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente serão **obrigatoriamente comunicados** ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.art. 13

Assim, entendemos que existe um desafio posto para o assistente social da saúde, pois encaminhar somente para o Conselho Tutelar os casos que demandam acesso de recursos para a recuperação à saúde, não é o único caminho possível para a prática profissional, há que se buscar estratégias, pois como afirma Yamamoto (2003, p.162):

Existem outras forças sociopolíticas presentes, às quais podemos nos unir, como profissionais e cidadãos. Forças essas que vêm lutando pela defesa dos direitos sociais conquistados e sua ampliação [...]

O insucesso da aplicação de medidas que contribuem para o acesso à saúde, está relacionado à deficiência das políticas públicas que não favorecem o conhecimento dos direitos da criança, bem como, o dever da sociedade de zelar por estes direitos; dos programas de saúde que na maioria das vezes não aderiram a noção do direito público à saúde e que por isso atendem seus usuários na perspectiva do favor e não do direito, dos profissionais de saúde que por desconhecimento dos textos e leis que garantem estes direitos deixam de democratizar as informações necessárias a potencialização do controle social dos usuários sobre o poder público, e ainda de todos aqueles que não assumiram com a devida responsabilidade o tratamento necessário à questão do direito à

saúde, (isso sem falar nos reais problemas estruturais da falta de passagem para ir ao encaminhamento entre outros).

Neste sentido, a partir do acima exposto e do depoimento da conselheira K.R, podemos inferir que, há um desafio para o Conselho Tutelar no sentido de obter uma efetiva mudança das visões social e política acerca dos direitos da criança e do adolescente, que devem passar a ser vistos como prioridade absoluta. Como já sinalizamos, as possibilidades de rompimento com as práticas postas pela sociedade e Estado, incidem no cotidiano do trabalho do Conselho Tutelar, que deve romper com o isolamento do trabalho institucional, mediante o estabelecimento de alianças e articulações com movimentos e instituições da sociedade civil (associações de moradores, escolas, sindicatos...) através de um trabalho sócio-educativo, “preventivo”, instrumentalizando-os com dados referentes aos direitos das crianças e dos adolescentes no que diz respeito ao acesso à saúde.

De acordo com a conselheira K.R existe o desafio para o Conselho Tutelar de trabalhar a nível preventivo, através de trabalho sócio-educativo:

Um grande problema também, é que o Conselho não consegue trabalhar na prevenção da violação de direitos, acaba atuando na maioria dos casos na ameaça ou violação (Conselho Tutelar da Ilha).

Com relação ao dever da sociedade e do Estado em relação aos direitos da criança e do adolescente, encontramos no Estatuto da Criança e do Adolescente em seu art. 4º:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Apesar do dispositivo legal acima mencionado, assegurar a absoluta prioridade à efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde da criança, ainda ouvimos e vemos no presente que “na maioria dos casos de violação de direito, o violador é o poder público.”(Conselho Tutelar da Ilha).

Enquanto o poder constituinte (originário) almejou construir um Estado Democrático e Social de Direito, com papel ativo na busca da redução das desigualdades sociais, as políticas públicas recentemente levadas a cabo têm caminhado em direção contrária, em que a função do Estado é reduzida, minimizada e enfraquecida, mediante a transferência da prestação dos serviços públicos, inclusive os essenciais, como a saúde, para a iniciativa privada.

Nesse quadro em que a vontade política de fazer valer os direitos constitucionais é deficiente, o assistente social enquanto responsável pela ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, políticos e sociais entre os quais a saúde é um, é freqüentemente chamado para dirimir conflitos em que, de um lado, está o cidadão, lutando para que as promessas constitucionais sejam efetivamente cumpridas, e, de outro lado, está o Estado, que por razões já mencionadas deixa de cumprir seu dever constitucional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo de uma abordagem histórica da constituição do direito à saúde até o Estatuto da Criança e do Adolescente, chegamos à conclusão de que inexitem dúvidas acerca da fundamentalidade de que está revestido o direito da criança à saúde e das conseqüências advindas dessa constatação para o profissional de Serviço Social que trabalha nos serviços de saúde.

Neste sentido, notamos que a concretização do direito à saúde deixa de ser uma preocupação que afeta somente os gestores públicos, os conselheiros dos direitos da criança e do adolescente, conselheiros tutelares entre outros profissionais atuantes nesta área, pois, a partir do momento em que se reconhece no Estatuto da Criança e do Adolescente em seu art. 4º “que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar com absoluta prioridade a efetivação do direito à saúde [...]”. Os profissionais de Serviço Social que trabalham nos serviços de saúde passam a ser desafiados a contribuir para a efetivação do direito à saúde, através de práticas que assegurem a universalidade de acesso.

Contudo, apesar do direito à saúde estar legalmente assegurado, a percepção de direito definida na fala de alguns assistentes sociais ainda se estrutura a partir da categoria carência, o que nos traz a seguinte indagação: “ o que é hegemônico e consciente no debate teórico [...] não é hegemônico no trabalho profissional? (VASCONCELOS, 2002)”. Tal fato sugere que “[...] a prática de algumas assistentes sociais não se remetem ao projeto hegemônico da profissão, mas estão hipotecadas aos

condicionamentos político-institucionais que limitam suas escolhas (BRAVO, PEREIRA, 2001) “.

Diante do acima exposto, concluímos que há muito para explorar sobre este assunto, porém, no estudo que fizemos até aqui, percebemos que a contribuição do Serviço Social para o acesso aos recursos necessários à recuperação da saúde é viável desde que se enfatize os aspectos facilitadores desta prática e haja empenho na superação dos aspectos impeditivos de sua realização.

Com relação à contribuição do Conselho Tutelar da Ilha acerca da viabilização dos recursos necessários à recuperação da saúde dos pacientes internados na U.I.P, percebemos diante do estudo, que o Conselho não consegue cumprir completamente suas atribuições acerca do direito à saúde por possuir precária estrutura para atender os usuários, e por falta de recursos, dentre eles, material de expediente; além disso, por falha do que se previu na Lei 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), que além de responsabilizar o Conselho Tutelar de zelar pela violação dos direitos das crianças e dos adolescentes, responsabiliza a sociedade, o Estado e a família prevendo a articulação destes numa rede social de proteção.

Diante desta realidade, apontamos algumas alternativas para o Serviço Social da U.I.P que compreendem estratégias de ação com vistas à superação dos aspectos impeditivos à concretização do acesso aos recursos necessários para a recuperação da saúde dos pacientes a curto e longo prazo.

A curto prazo, acreditamos ser viável uma parceria entre o Serviço Social da U.I.P com o Escritório Modelo de Assistência Jurídica- EMAJ da UFSC, na perspectiva de encontrar um caminho de mão dupla que permita o encontro de ambos, para juntos nos

casos específicos em que há dificuldade de obter sucesso por meio do encaminhamento ao Conselho Tutelar, encontrarem meios de viabilizar o deferimento de benefícios relacionados à saúde , por meio do mandado de segurança ⁷ que é o “meio constitucional posto à disposição de toda pessoa física ou jurídica [...], para a proteção de direito individual ou coletivo, líquido e certo, o que é o caso do direito à saúde. [...] (MEIRELLES 1996, p. 21)”.

Cabe assinalar que, tal proposta de ação destina-se a casos específicos, em que todos os recursos utilizados como, encaminhamento ao Conselho Tutelar, ao Ministério Público da Infância e da Juventude entre outros, não foram capazes de atender e de obter sucesso na reversão do problema.

Ainda com relação a estratégias que promovam resultados em curto prazo, acreditamos ser viável o encaminhamento imediato de casos que requerem deferimento de benefícios concretos na área da saúde ao Ministério Público da Infância e da Juventude, sem que este encaminhamento precise passar anteriormente pelo Conselho Tutelar, pois, como já assinalamos, o atendimento dos direitos ameaçados ou violados

⁷ “O mandado de segurança, como a lei regulamentar n. 1.533/51 o considera, é ação civil de rito sumário especial, destinada a afastar ofensa a direito subjetivo individual ou coletivo, privado ou público, através de ordem corretiva ou impeditiva da ilegalidade, ordem, esta, a ser cumprida especificamente pela autoridade coatora, em atendimento da notificação judicial.(MEIRELLES 1997, p.29)”.”O objeto do mandado de segurança será sempre a correção de ato ou omissão de autoridade, desde que ilegal e ofensivo de direito individual ou coletivo, líquido e certo, do impetrante (MEIRELLES 1997, p.37)”.

não deve ser necessariamente repassados ao Conselho Tutelar; o Estatuto da Criança e do Adolescente fala em ser necessária a comunicação do caso ao Conselho Tutelar, sem prejuízo da adoção de outras providências.

A proposta acima parte de dois pressupostos, o primeiro diz respeito ao caráter normalmente emergencial da prestação reclamada, quando há a possibilidade de comprometimento grave e/ou mesmo irreversível da saúde da criança, o que enseja a concessão de medida liminar por parte do poder judicial com vistas ao deferimento imediato do benefício em causa. O segundo pressuposto, diz respeito à impossibilidade do Conselho Tutelar da Ilha atender prontamente os casos que lhes são encaminhados, tal assertiva decorre da fala da representante deste Conselho acerca da sobrecarga de trabalho, o que acaba provocando morosidade no atendimento.

Com relação à alternativa de ação que promova resulta em longo prazo, sugerimos que o Serviço Social da U.I.P procure insistentemente fornecer informações sobre a demanda existente na Unidade de Internação Pediátrica à direção do hospital, através de relatórios, quadros estatísticos dentre outros instrumentos que considere serem necessários; uma vez que “atendidas de forma isolada, as demandas aparentemente individuais dos usuários não são tomadas nem compreendidas como demandas coletivas; não são publicizadas nem consideradas na projeção e encaminhamento [...] (VASCONCELOS 2002, p.32)” das ações pela direção do hospital e nem pelos Conselhos Municipais dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes, Conselhos Tutelares, Conselhos Municipais de Saúde e demais órgãos competentes.

A importância deste trabalho reside no fato de que ele demonstra a relevância de se buscar alternativas no âmbito das unidades de saúde para o desmonte das políticas públicas, que se refletem não somente nos serviços de saúde, mas também nos

Conselhos dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes, e por consequência nos Conselhos Tutelares.

Superar os obstáculos para que se vinculem intenção e ato, exige do profissional, coragem para ultrapassar limites, perseverança para não desistir frente aos desafios postos na prática cotidiana, e acima de tudo, vontade e consciência política com vistas à superação de práticas uniformes, tuteladas e manipuladas pelo poder institucional onde está inserido.

Considerando o desmonte das políticas públicas levadas a cabo pelo Estado, os assistentes sociais que trabalham nas unidades de saúde são desafiados a reforçar e consolidar o projeto político profissional através da potencialização dos princípios ético-políticos em suas práticas profissionais. A consolidação do projeto ético-político profissional, como diz (Iamamoto 2003, p. 141) “requer remar na contracorrente, andar no contravento, alinhando forças que impulsionem mudanças na rota dos ventos [...]”.

Reafirmamos, portanto, que há o desafio de tornar os espaços de trabalho do assistente social em espaços de luta, de confronto entre os interesses do Estado que ser quer mínimo e os direitos da criança cidadã que se encontra doente. “Isso é viabilizado pela socialização de informações, ampliação do conhecimento de direitos e interesses em jogo [...] (IAMAMOTO 2003, p.143)” e, além disso, através da criação de parcerias com instituições e/ou órgãos que militam na área dos direitos da criança, para que o Serviço Social se torne mais propositivo e para que suas ações se traduzam em resultados observáveis no campo dos direitos.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde**: a ousadia de cumprir a lei. Brasília, 1993.

BRAVO, M.I.S; PEREIRA, P.A . P. (orgs). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

BECKER, H.S. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 4ª ed, São Paulo Hucitec, 1999.

BIER, R. de O. L. **A descentralização da saúde na região do bairro Monte Cristo em Florianópolis**. Trabalho de conclusão de curso. Florianópolis: UFSC, 1997.

BÚRIGO,C.C.D. Qualidade de vida no trabalho: dilemas e perspectivas. Florianópolis: Insular, 1997.

CANOTILHO, J.J.G. **Direito Constitucional**.5.ed. Editora Coimbra, 1991.

_____;MOREIRA, V. **Fundamentos da constituição**. Coimbra Editora, 1991.

COSTA, G. F. M. **A proteção do consumidor na ordem econômica**: direito subjetivo público. Direito do Consumidor, São Paulo, nº 21, 1997.

CHAUÍ, M.S. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. 3ª ed, São Paulo, Moderna, 1982.

Conselho Regional de Serviço Social- CRESS 12ª Região-SC. **Coletânea de leis** 2ª ed-Santa Catarina: CRESS, 2001.

DALLARI, D. A. **Constituição e Constituinte**. São Paulo: Saraiva, 1982.

ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: Políticas de descentralização e municipalização no Brasil. São Paulo: Cortez, 1996.

ESCOREL, S. **Saúde**: uma questão nacional. In:FLEURY, S.M.T.(org.) Reforma Sanitária; em busca de uma teoria. São Paulo:Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO. 1995.

FERREIRA.A. B.H. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed- Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. **Conscientização**: teoria e prática da libertação-uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

GENTILLI, R.M.L. **A prática como definidora da identidade profissional do Serviço Social**. In Revista Serviço Social & Sociedade nº 53. São Paulo: Cortez, 1997.

- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo Atlas, 1995.
- IAMAMOTO, M.V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- JANTSCH, R. **Uma análise do Conselho Tutelar: seus dilemas e perspectivas**. Trabalho de conclusão de curso. Florianópolis: UFSC, 2003.
- KELSEN, H. **Teoria pura do direito**. Trad. De João Baptista Machado. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LEGISLAÇÃO BÁSICA DO SUS ed SUS**, 2001.
- MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1967.
- MEIRELLES, H.L. **Mandado de segurança, ação popular, ação civil pública, mandado de injunção, “habeas data”**. São Paulo: Malheiros Editores, 1997.
- MISOCZKY, M. C. **Eqüidade em saúde: uma revisão conceitual**. Artigo publicado na Revista Serviço Social e Sociedade nº 55. São Paulo: Cortez, 1997.
- MORETTO, S. **O processo de intervenção do Serviço Social na pediatria do hospital universitário e a política de saúde e assistência social no Brasil**. UFSC, 1999.
- PHILIPPI, J.N. **O sujeito de direito: uma abordagem interdisciplinar**. Dissertação (Mestrado em Direito). UFSC. Florianópolis, 1991.
- PINHEIRO, S.P. **Programa Nacional de Direitos Humanos**. Disponível em < www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/dirhum/prognac > acesso em 13 jun 2005.
- PONTES, N.R. **Mediação e Serviço Social: Um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.
- SARLET, I.W. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998.
- SANCHEZ, M. F.M. **Competências profissionais do assistente social na atenção básica a saúde: um estudo exploratório**. Trabalho de conclusão de curso. Florianópolis: UFSC, 2004.
- SIMIONATO, I; NOGUEIRA, V.M.R. (orgs). **Dilemas do Mercosul: reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social**. Florianópolis: Lagoa editora, 2004.
- SCHWARTZ, G. **Direito à Saúde: Efetivação em uma perspectiva Sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2001.
- SOUZA, K. **Análise da prática profissional do trabalho do Serviço Social na pediatria do hospital universitário**. Trabalho de conclusão de curso. Florianópolis: UFSC, 2003.

TELLES, V.S. **Direitos Sociais e direitos dos trabalhadores**: por uma ética da cidadania. In: BÓGUS, L., PAVLINO, Y.A. Políticas de Emprego, Políticas de População e Direitos Sociais. São Paulo: Educ, 1997.

UNICEF. B. **Convenção sobre os das crianças**. Disponível em <www.unicef.org/brazil/dir_cri.htm > acesso em 13 jun 2005.

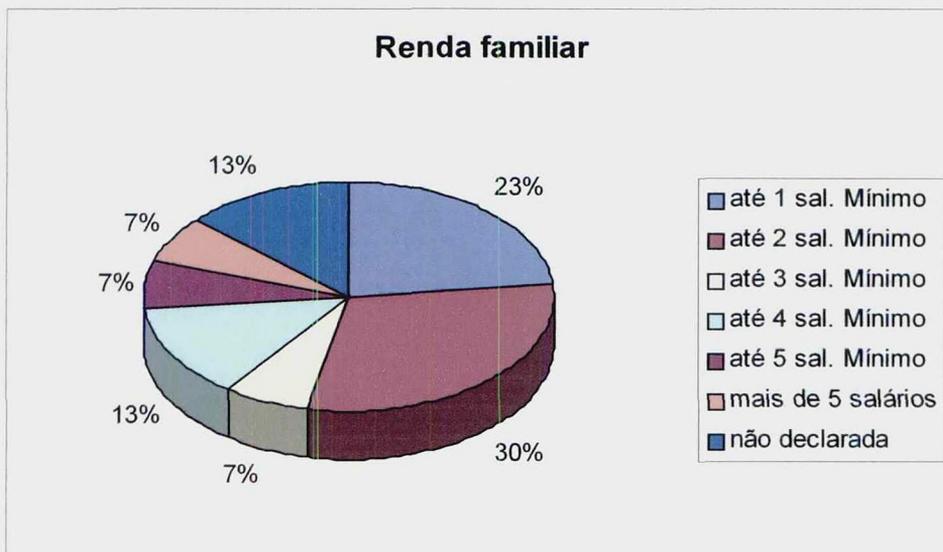
VASCONCELOS, A.M **A Prática do Serviço Social**: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, A. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989.

WESTPHAL, M.F; ALMEIDA, E.S (orgs). **Gestão de serviços de saúde**: descentralização, municipalização do SUS. São Paulo: Editora da USP, 2001.

ANEXOS

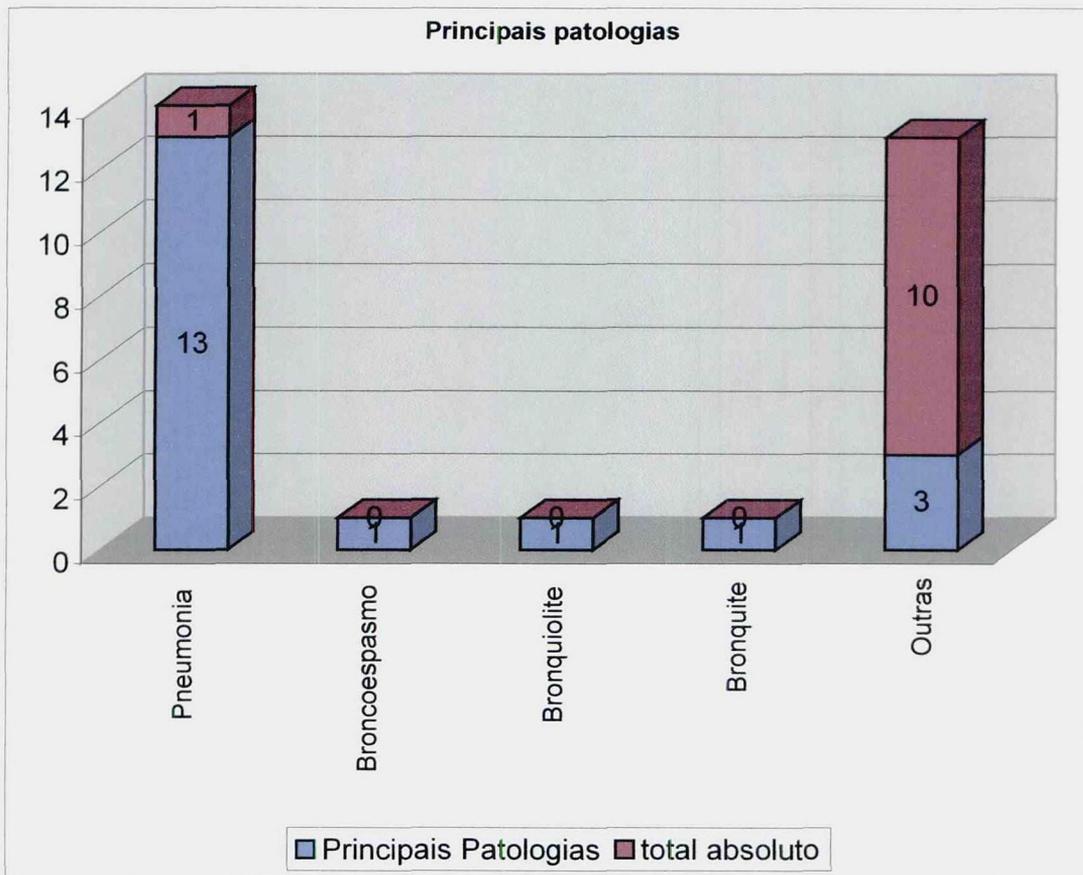
- Gráficos do levantamento do perfil sócio-econômico de 30 pacientes, realizado na Unidade de Internação Pediátrica do HU no período compreendido entre outubro de 2004 a janeiro de 2005. As entrevistas foram feitas com os respectivos acompanhantes.



Fonte: Unidade de Internação Pediátrica do HU



Fonte: Unidade de Internação Pediátrica do HU



Fonte: Unidade de Internação Pediátrica do HU



Fonte: Unidade de Internação Pediátrica do HU

ENTREVISTADO	
SITUAÇÃO DE TRABALHO E ECONÔMICA	
CONDIÇÕES HABITACIONAIS	
SITUAÇÃO FAMILIAR	
SITUAÇÃO ESCOLAR	
RECURSOS UTILIZADOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE E LAZER	



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

SITUAÇÃO SOCIAL DO PACIENTE
AMB./INTERNAÇÃO

STATUTO SOCIAL DA ASSOCIAÇÃO AMIGOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Registro Civil
 Maria Rosa Duarte - Esc. evento
 Isabel Faria de Souza - Esc. event
 Rua Juat Pamos, nº 53 - Sala 110 - Ed. Crystal Center
 Fone: (48) 222-1359 / Fax: (48) 223-8131 - Florianópolis/SC

CAPÍTULO I DA DENOMINAÇÃO E DOS FINS

Art. 1º - A ASSOCIAÇÃO AMIGOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, designada pela sigla AAHU, com personalidade jurídica de Direito Privado, fundada na cidade de Florianópolis no dia onze de setembro do ano de dois mil e um, é uma associação civil, de duração indeterminada, sem fins lucrativos e de caráter filantrópico.

Art. 2º - A AAHU se destina a congregar esforços da comunidade em prol do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Art. 3º - A AAHU tem sua sede no Município de Florianópolis, com foro na Comarca de Florianópolis, Estado de Santa Catarina.

Art. 4º - Constituem atividades essenciais da AAHU:

- Estimular a participação e congregar as pessoas físicas e jurídicas da comunidade, bem como alunos, ex-alunos, servidores, ex-servidores, pacientes e ex-pacientes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, que pretendem colaborar com a AAHU;
- Organizar e manter uma equipe de Voluntários formada de associados;
- Envidar esforços para a melhoria das condições de ensino, pesquisa e extensão e de modernização do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

Art. 5º - São objetivos da AAHU:

- Divulgar amplamente a existência e os fins da AAHU, esclarecendo a natureza dos objetivos de seus programas e projetos que necessitem auxílio comunitário;
- Empenhar-se pelos direitos e interesses da AAHU junto aos Organismos Internacionais, Federais, Estaduais e Municipais, das áreas de saúde, educação e assistência social;
- Sensibilizar as entidades públicas e privadas nacionais e estrangeiras sobre a importância da AAHU para a obtenção de recursos técnicos e materiais em favor dos projetos científicos e administrativos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Art. 6º - A AAHU manterá permanente intercâmbio com entidades congêneras nacionais e internacionais, podendo participar de eventos científicos e culturais adequados à sua natureza.

Art. 7º - Para a consecução de suas finalidades, a AAHU deverá:

- Promover congressos, conferências, seminários, palestras, pesquisas e outras modalidades de aprimoramento científico e cultural;
- Celebrar convênios e outras formas de congregação com organizações, entidades, instituições e associações nacionais e estrangeiras;
- Patrocinar a divulgação de suas atividades, além de notícias de interesse dos associados;

IV - Reivindicar taxações alfandegárias acessíveis para obtenção de materiais estrangeiros necessários ao uso dos pacientes;

V - Reivindicar junto às entidades públicas e privadas, programas ou a manutenção de programas de apoio para doenças crônicas e terminais;

VI - Realizar atividades culturais e recreativas entre associados e não associados, visando a integração e o levantamento de fundos.

CAPÍTULO II DOS ASSOCIADOS

Registro Civil Tit. e Doc. Pessoas Jurídicas
IOLE LUZ FARIA - Oficial
MARIA FÁRIA DE SOUZA - Oficial Substituta
LUCIANE ROSA QUARTE - Escrevente
ISABEL FÁRIA DE SOUZA - Escrevente
Rua: Vidal Ramos, nº. 53 - Sala 106 - Ed. Crystal Center
Fone: (48) 222-1389/Fax: (48) 222-9131 - Florianópolis/SC

Art. 8º - A AAHU tem número ilimitado de associados, entre pessoas físicas e jurídicas, e idoneidade, competência e dedicação notoriamente reconhecidas em favor dos interesses da comunidade.

Parágrafo Único: O ingresso far-se-á através de pedido do interessado ou proposta de qualquer órgão da Administração, a qual deverá ser aprovada por 2/3 (dois terços) dos membros da Diretoria.

Art. 9º - Compõe-se a AAHU das seguintes categorias de associados:

- I - ~~Fundadores;~~ *SÓCIOS FUNDADORES;*
- II - ~~Honorários;~~ *SÓCIOS HONORÁRIOS;*
- III - ~~Contribuintes.~~ *SÓCIOS CONTRIBUINTES;*

§ 1º - São Sócios Fundadores os que participaram do ato da criação da AAHU.

§ 2º - São Sócios Honorários as pessoas físicas e jurídicas que tenham prestado relevantes serviços à AAHU ou se destacado nas áreas bio-médicas ou assistenciais ou outras atividades ligadas aos objetivos da AAHU, podendo o título ser proposto pela Diretoria, ou pela Assembléia Geral, sendo que a aprovação da proposta deverá obedecer ao disposto no parágrafo único do artigo anterior.

§ 3º - São Sócios Contribuintes os que, na forma do presente Estatuto, tenham ingressado na AAHU e estejam quites com suas obrigações.

§ 4º - O associado não possui ou terá qualquer tipo de privilégios de atendimento no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Art. 10 - São deveres dos associados:

- I - Respeitar as disposições do presente Estatuto e trabalhar pelos objetivos da AAHU;
- II - Satisfazer as contribuições sociais;
- III - Comparecer às reuniões da Assembléia Geral;
- IV - Cumprir as deliberações da Diretoria e da Assembléia Geral;
- V - Votar nas eleições para a composição da Diretoria e do Conselho Fiscal;
- VI - Zelar pelo patrimônio da AAHU.

Art. 11 - São direitos dos associados:

- I - Participar das reuniões da Assembléia Geral;
- II - Votar e ser votado para integrar a Diretoria e o Conselho Fiscal;
- III - Ser informado e informar-se das atividades da entidade;
- IV - Requerer, justificadamente e mediante o número mínimo de 1/3 (um terço) dos associados, a convocação de reunião extraordinária da Assembléia Geral;
- V - Solicitar, por escrito, licença ou demissão.

Parágrafo Único: Cada pessoa jurídica terá direito a um voto, que será exercitado por dirigente ou pessoa especificamente designada para tal fim.

Art. 12 - A demissão do associado ocorrerá:

- I - A seu pedido por escrito;
- II - Pela prática de falta grave.

Art. 13 - O procedimento para a demissão por falta grave será instaurado no âmbito da Diretoria, devendo a instrução estar concluída no prazo máximo de 30 (trinta) dias, garantindo-se a ampla defesa ao associado.

§ 1º - A demissão poderá ser aplicada por maioria simples dos membros da Diretoria.

§ 2º - Da decisão caberá recurso, sem efeito suspensivo, para a Assembléia Geral.

§ 3º - O recurso poderá ser interposto pelo associado demitido, ou pelo associado ou órgão autor da representação que resultou no procedimento disciplinar.

CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO

Art. 14 - A AAHU é constituída pelos seguintes órgãos:

- I - Assembléia Geral;
- II - Diretoria;
- III - Conselho Fiscal.

Registro Civil Tit. e Doc. Pessoas Jurídicas
IOLE LUZ FARIA - Diretora
MARIA FÁRIA DE SOUZA - Oficial Substituta
LUCIANE ROCHA DUARTE - Escrevente
ISABEL FÁRIA DE SOUZA - Escrevente
Rua: Vidal Ramos, nº. 53 - Sala 106 - Ed. Crystal Center
Fone: (48) 222-1369 / Fax: (48) 223-6131 - Florianópolis/SC

SEÇÃO I DA ASSEMBLÉIA GERAL

Art. 15 - A Assembléia Geral, composta pelos sócios fundadores e contribuintes, é o órgão máximo de deliberação da AAHU, reunindo-se ordinariamente no primeiro semestre de cada ano e, extraordinariamente sempre que necessário.

Art. 16 - A Assembléia Geral Ordinária ou Extraordinária será aberta pelo Diretor Presidente da AAHU, podendo presidi-la ou delegar a coordenação dos trabalhos a outro Associado e será secretariada pelo seu Diretor Administrativo, ou por associado delegado pelo Diretor Presidente para esta finalidade.

Art. 17 - Compete à Assembléia Geral:

- I - Eleger, dentre os sócios da AAHU, os membros da Diretoria e do Conselho Fiscal, dando-lhes a respectiva posse;
- II -- Analisar e aprovar anualmente a prestação de contas e Relatório Anual da Diretoria, bem como o Balanço da AAHU;
- III - Tomar conhecimento dos recursos interpostos contra atos da Diretoria;
- IV - Propor diretrizes de ação geral;
- V - Deliberar sobre qualquer proposta de associado ou órgão de administração;
- VI - Decidir sobre aquisição ou alienação de bens imóveis;
- VII - Alterar o presente Estatuto;
- VIII - Decidir sobre a extinção da AAHU.

Parágrafo Único: As propostas sobre matérias constantes dos incisos ~~VII~~ VIII deste artigo, somente serão aprovadas por 2/3 (dois terços) dos ~~membros efetivos~~ SÓCIOS FUNDADORES E SÓCIOS CONTRIBUINTES da AAHU.

Art. 18 - A Assembléia Geral reunir-se-á:

I - Ordinariamente por convocação do Diretor Presidente, em edital publicado e afixado na Associação, com no mínimo 20 (vinte) dias de antecedência;

II - Extraordinariamente por requerimento da Diretoria, do Conselho Fiscal, ou ainda, pelo número mínimo de 1/3 (um terço) dos associados, com indicação expressa do assunto que justifique a convocação.

§ 1º - A reunião extraordinária deverá ser convocada com o prazo mínimo de 10 (dez) dias de antecedência, com indicação do local, data, horário e a ordem do dia.

§ 2º - É vedado o voto por procuração.

§ 3º - A Ata correspondente a cada reunião será lavrada em livro próprio, assinada pelo Presidente, pelo Secretário e demais presentes.

§ 4º - A Ata será devidamente arquivada, facultando-se o seu conhecimento a qualquer associado, devendo, aquelas que importarem em modificação do Estatuto Social, serem transcritas no Cartório Competente.

SEÇÃO II DA DIRETORIA

Subseção I Da Composição, das Atribuições e das Reuniões

Registro Civil Tit. e Doc. Pessoas Jurídicas
IOLE LUZ FARIA - Oficial
MARIA FÁRIA DE SOUZA - Oficial Substituta
LUCIANE ROSA DUARTE - Escrevente
ISABEL FÁRIA DE SOUZA - Escrevente
Rua: Vidal Ramos, nº. 33 - Sala 106 - Ed. Crystal Center
Fone: (48) 222-1359 / Fax: (48) 223-6131 - Florianópolis/SC

Art. 19 - A Diretoria é o órgão executivo das deliberações da Assembléia Geral e será composta dos seguintes membros:

I - Diretor Presidente;

II - Diretor Vice Presidente;

III - Diretor Administrativo;

IV - Diretor Financeiro;

V - Diretor Técnico.

§ 1º - O mandato dos Diretores terá a duração de 2 (dois) anos, admitida uma reeleição.

§ 2º - Só poderão integrar a Diretoria os Sócios Fundadores e os Sócios Contribuintes com mais de 6 (seis) meses de contribuição.

§ 3º - Havendo vacância de um dos cargos da Diretoria, este será preenchido provisoriamente e cumulativamente por um de seus membros, indicado por eles, devendo o Diretor Presidente, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados da data da respectiva vacância, convocar Assembléia Geral Extraordinária para a eleição, para preenchimento do cargo vago.

Art. 20 - São atribuições da Diretoria:

I - Cumprir e fazer cumprir o presente Estatuto e os objetivos da AAHU;

II - Estabelecer as diretrizes políticas, sociais e culturais da AAHU;

III - Definir os projetos e as atividades da AAHU;

IV - Analisar e aprovar as propostas de investimentos humanos e materiais apresentadas pelos seus membros;

V - Admitir e demitir os sócios honorários e contribuintes;

- VI - Admitir e demitir funcionários, fixando-lhes a remuneração;
- VII - Contratar os serviços necessários aos fins sociais;
- VIII - Convocar as Assembléias Gerais;
- IX - Encaminhar às Assembléias Gerais as contas da administração, com o respectivo Parecer do Conselho Fiscal;
- X - Propor à Assembléia Geral o ingresso e a demissão de associados, quando entender necessário;
- XI - Constituir os órgãos ou comissões temporárias, necessárias ao bom desempenho da administração da AAHU;
- XII - Acompanhar a aplicação de recursos financeiros a serem destinados em favor do Hospital Universitário;
- XIII - Propor à Assembléia Geral, motivadamente, a alteração do Estatuto e/ou a extinção da AAHU;
- XIV - Deliberar sobre assuntos de interesse da AAHU, embora não previstos expressamente no Estatuto.

Art. 21 - Os atos que importem em responsabilidade ou obrigações para a AAHU, bem como, a sua representação nos atos de aquisição ou alienação de bens, inclusive perante estabelecimentos bancários, só serão válidos se forem praticados em conjunto pelo Diretor Presidente e pelo Diretor Financeiro.

Art. 22 - A Diretoria reunir-se-á ordinariamente, no mínimo a cada 2 (dois) meses e extraordinariamente quando convocada pela maioria de seus membros.

§ 1º - As reuniões serão convocadas com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

§ 2º - O Regimento Interno da Diretoria complementará as disposições da presente subseção.

Subseção II

Das Atribuições dos Membros da Diretoria

Art. 23 - Compete ao Diretor Presidente:

- I - Dirigir e administrar a AAHU, exercendo a sua representação ativa e passiva, judicial e extrajudicial, podendo constituir procurador com poderes especiais quando necessário;
- II - Cumprir e fazer cumprir as disposições legais e estatutárias, bem como, as deliberações e recomendações dos órgãos da administração e da Assembléia Geral;
- III - Elaborar e submeter à aprovação da Assembléia Geral Ordinária o relatório anual de atividades e os demonstrativos financeiros do exercício;
- IV - Admitir, licenciar e demitir funcionários com a anuência da Diretoria;
- V - Convocar a Assembléia Geral para sua reunião ordinária anual ou extraordinária quando necessário;
- VI - Convocar e presidir as reuniões da Diretoria;
- VII - Examinar e orientar assentamentos da Secretaria, Tesouraria, Órgãos e Departamentos;
- VII - Resolver os casos urgentes, *ad referendum* da Diretoria, ou da Assembléia Geral, quando necessário;
- VIII - Autorizar as despesas da entidade e assinar cheques em conjunto com o Diretor Financeiro;
- IX - Elaborar, em conjunto com o Diretor Financeiro, os orçamentos da entidade, submetendo-os ao Conselho Fiscal;
- X - Assinar, em conjunto com o Diretor Administrativo, os relatórios de atividades, atas e apontamentos da Diretoria;

Registro Civil Tit. e Doc. Pessoas Jurídicas
 IOLE LUZ FARIA - Oficial
 MARIA FARIA DE SOUZA - Oficial Substituta
 LUCIANE ROSA DUARTE - Escrevente
 SAÛEL FÁRIA DE SOUZA - Escrevente
 Rua: Vidal Ramos, nº. 53 - Sala 105 - Ed. Crystal Center
 Fone: (48)222-1389/Fax: (48)223-5131 - Florianópolis/SC

- XI** - Nomear comissões que se fizerem necessárias à administração da entidade;
XII - Nomear os coordenadores de departamentos que tenham sido criados pela Diretoria em exercício.

Art. 24 - Compete ao Diretor Vice Presidente:

- I** - Substituir o Diretor Presidente nas suas ausências e impedimentos eventuais;
II - Assessorar o Diretor Presidente em suas tarefas administrativas;
III - Cumprir e fazer cumprir as atribuições conferidas pela Diretoria.

Art. 25 - Compete ao Diretor Administrativo:

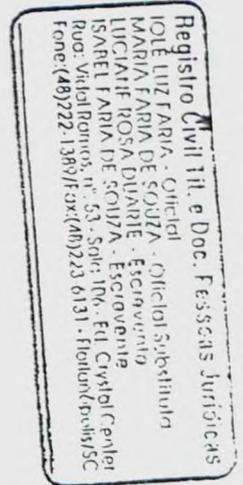
- I** - Coordenar os serviços de Secretaria e Arquivo;
II - Secretariar as reuniões da Diretoria, elaborando as atas respectivas;
III - Elaborar relatórios de atividades da entidade;
IV - Promover publicações, bem como, a divulgação e publicidade da entidade;
V - Administrar os setores e departamentos vinculados à Diretoria.

Art. 26 - Compete ao Diretor Financeiro:

- I** - Promover as medidas necessárias para a arrecadação de recursos financeiros;
II - Dirigir e fiscalizar os serviços da Tesouraria;
III - Contabilizar a receita e as despesas, podendo, para tanto, receber e dar quitação;
IV - Administrar, juntamente com o Diretor Presidente, o patrimônio social;
V - Movimentar, em conjunto com o Diretor Presidente, as contas bancárias e os recursos financeiros;
VI - Elaborar, mensalmente, um balancete do movimento financeiro da entidade, contendo inclusive os extratos bancários atualizados, a fim de ser apreciado, em reunião da Diretoria;
VII - Assessorar o Presidente na elaboração do relatório anual e dos demonstrativos financeiros do final do exercício;
VIII - Organizar, juntamente com o Diretor Presidente, os orçamentos da entidade, submetendo-os à Diretoria;
IX - Ter sob sua guarda a documentação contábil;
X - Registrar e manter controle dos bens móveis e imóveis componentes do patrimônio da associação;
XI - Proceder a identificação de todos os bens móveis (Ativo Fixo), através de plaquetas ou etiquetas a eles afixadas;
XII - Sugerir à Diretoria a compra, venda ou substituição de bens;
XIII - Emitir laudo sugerindo à Diretoria a doação ou comodato com cessão de direitos de uso, relativamente aos bens a serem repassados ao Hospital Universitário.

Art. 27 - Compete ao Diretor Técnico:

- I** - Auxiliar a Diretoria no desenvolvimento de programa de captação de recursos;
II - Auxiliar a Diretoria no estabelecimento de prioridades na aplicação de recursos;
III - Propor à Diretoria programas de captação de recursos para Projetos específicos em favor do Hospital Universitário Da Universidade Federal De Santa Catarina;
IV - Propor à Diretoria o repasse de recursos, em forma de doação ou comodato com cessão de direitos de uso em favor do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina;



- V - Assessorar tecnicamente a Diretoria, sempre que necessário, na implantação e desenvolvimento de programas e projetos da AAHU em favor do Hospital Universitário Da Universidade Federal De Santa Catarina;
- VI - Zelar pela parte científica dos eventos promovidos pela AAHU;
- VII - Supervisionar as matérias de cunho científico divulgadas através de Boletim;
- VIII - Exercer a representação científica da AAHU;
- IX - Emitir pareceres sobre a efetiva utilização dos recursos doados ou cedidos para o Hospital Universitário;
- X - Administrar os setores e departamentos afetos à sua Diretoria;
- XI - Acolher os projetos e programas propostos pelos diversos setores do Hospital Universitário, propondo-os à apreciação da Diretoria;
- XII - Colaborar tecnicamente na elaboração de minutas de parceria ou convênios entre a AAHU e o Hospital Universitário Da Universidade Federal De Santa Catarina;
- XIII - Elaborar, planejar e executar programas e projetos que sejam desenvolvidos diretamente pela AAHU, por seus funcionários, terceiros ou voluntários;
- XIV - Cumprir as deliberações e instruções dos órgãos de administração, ou da Assembléia Geral, dirigidos à sua Diretoria;
- XV - Praticar outros atos em consonância com os objetivos da AAHU.
- XI - Opinar sobre projetos e programas.

SEÇÃO III DO CONSELHO FISCAL

Registro Civil Tit. e Doc. Pessoas Jurídicas
 IOLE LUZ FARIA - Oficial
 MARIA FARIA DE SOUZA - Oficial
 LUCIANE ROSA DUARTE - Escrevente
 ISABEL FARIA DE SOUZA - Escrevente
 Rua: Vidal Ramos, nº. 53 - Sala: 100 - Ed. Crystal Center
 Fone: (48) 222-1359/Fax: (48) 223-5101 - Florianópolis/SC

Art. 28 - O Conselho Fiscal compor-se-á de 3 (três) membros efetivos, cada um dos quais com um suplente e serão eleitos pela Assembléia Geral, por um período de 2 (dois) anos, admitida uma reeleição.

Art. 29 - Compete ao Conselho Fiscal:

- I - Examinar as contas, balanços e balancetes;
- II - Examinar em qualquer tempo os livros e documentos contábeis;
- III - Registrar em livros de Atas e de Pareceres os exames efetuados;
- IV - Analisar e julgar a compra de bens móveis e imóveis necessários e de valores significativos;
- V - Apontar eventuais irregularidades, sugerindo À Diretoria as medidas corretivas;
- VII - Emitir parecer sobre o relatório e outros documentos de prestação de contas da Diretoria, encaminhando-os à Assembléia Geral.

CAPÍTULO IV DAS ELEIÇÕES

Art. 30 - A Diretoria, em fim de mandato, designará Comissão Eleitoral composta de 3 (três) associados para acolher e registrar as chapas que se apresentarem; acolher sobre as impugnações que porventura houverem; bem como acompanhar todo o processo eleitoral

Art. 31 - A Comissão deverá ser nomeada com dois mês de antecedência das eleições.

Art. 32 - Compete a Comissão Eleitoral:

- I - Fixar o calendário e regulamento eleitorais;
- II - Analisar os critérios de elegibilidade dos membros das chapas;
- III - Promover o registro de chapas e candidatos e decidir sobre as impugnações.

Art. 33 - Encerrado o período de apresentação de chapas, a Comissão Eleitoral terá 24 (vinte e quatro) horas para acolher as impugnações e igual período para se manifestar. Acatada a impugnação, a chapa impugnada terá 24 (vinte e quatro) horas para substituir o componente impedido.

Parágrafo Único: Da decisão do Conselho Eleitoral caberá recurso à Diretoria, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas da sua ciência, cabendo à Diretoria, no mesmo prazo, decidir definitivamente sobre o recurso.

Art. 34 - Todos os associados, pessoas físicas, com mais de seis meses de admissão e quites com suas obrigações sociais podem ser eleitos para os cargos da Diretoria e do Conselho Fiscal.

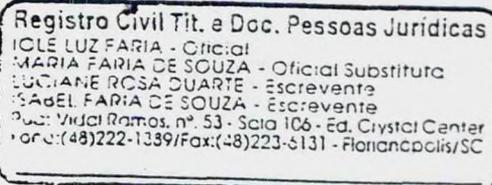
CAPÍTULO V

DO PATRIMÔNIO, DOS RECURSOS E DO REGIME FINANCEIRO

Art. 35 - O patrimônio da AAHU é composto de bens móveis e imóveis.

Art. 36 - Constituem receita:

- I - Subvenções, doações e legados;
- II - Remuneração pela prestação de serviços;
- III - Contribuição dos associados;
- IV - Outras fontes não especificadas.



Parágrafo Único: A prestação de serviços referentes ao Inciso II não deverá estar relacionado em nenhuma hipótese à venda de serviços de saúde.

Art. 37 - A receita líquida da AAHU será aplicada unicamente nas atividades próprias da Associação, de acordo com as diretrizes aprovadas pela Diretoria ou pela Assembléia Geral.

CAPÍTULO VI

DO EXERCÍCIO SOCIAL

Art. 38 - O exercício social coincidirá com o ano civil, iniciando-se no dia 01 de janeiro de cada ano e terminando em 31 de dezembro do mesmo ano.

Art. 39 - Ao fim de cada exercício social, a Diretoria apresentará balanço das atividades financeiras, com base na escrituração contábil.

Parágrafo Único: O balanço será publicado e afixado na Associação, para conhecimento de seus associados e de toda a comunidade.

CAPÍTULO VII DA LIQUIDAÇÃO

Art. 40 - A AAHU poderá ser extinta por deliberação de 2/3 (dois terços) dos Associados, em Assembléia Geral, a qualquer tempo, ou por determinação legal.

Art. 41 - No caso de extinção por deliberação da Assembléia Geral, compete a ela estabelecer o modo de liquidação e nomear o Liquidante e os membros do Conselho Fiscal que funcionarão no período de liquidação.

Art. 42 - Extinta a AAHU o seu patrimônio líquido será doado ao Hospital Universitário Da Universidade Federal De Santa Catarina.

Parágrafo Único: Se houver impedimento legal ou recusa do estabelecido no *caput*, os bens serão doados a uma Instituição congênere, registrada no Conselho Nacional de Serviço Social (CNS)

CAPÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Registro Civil Tit. e Doc. Pessoas Jurídicas
IOLE LUZ FARIA - Oficial
MARIA FARIA DE SOUZA - Oficial Substituta
LUCIANE ROSA DUARTE - Escrevente
ISABEL FARIA DE SOUZA - Escrevente
Rua: Vidal Ramos, nº. 53 - Sala: 106 - Ed. Crystal Center
Fone: (48)222-1389/Fax: (48)223-0131 - Florianópolis/SC

Art. 43 - Os casos omissos serão resolvidos através de Resoluções baixadas pela Diretoria ou pela Assembléia Geral.

Art. 44 - No desenvolvimento de suas atividades, a AAHU promoverá o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade, condição social, credo político ou religioso e quaisquer outras formas de discriminação.

Art. 45 - A AAHU manterá Boletim científico, informativo e cultural.

Parágrafo Único: Os conceitos e dados emitidos através dos artigos serão da exclusiva responsabilidade de seus signatários.

Art. 46 - Da totalidade da receita apurada, o saldo e superavit porventura verificado em seus balanços, no fim de cada exercício, serão destinados, exclusivamente, para melhoria de seus benefícios ou repassados sob a forma de bens móveis ou imóveis ao Hospital Universitário Da Universidade Federal De Santa Catarina, sendo vedada a remessa de dinheiro ao exterior.

Art. 47 - A Entidade jamais se filiara às associações partidárias ou políticas, nem permitirá que se faça uso da mesma para auferir benefícios pessoais.

Art. 48 - Os associados e membros da Diretoria e do Conselho Fiscal não respondem, nem mesmo subsidiariamente, pelas obrigações sociais.

Art. 49 - Os trabalhos prestados por membros da Diretoria, do Conselho Fiscal, por associados ou por qualquer integrante da comunidade, são absolutamente gratuitos, sendo-lhes vedada a percepção de qualquer remuneração ou vantagem como ajudas de custos, comissões, gratificações, distribuição de lucros, dividendos, bonificações, a qualquer título ou pretexto.

Parágrafo Único: - Os membros da Diretoria, do Conselho Fiscal ou qualquer outro associado nomeado para cargo da Administração da AAHU não serão remunerados, excetuando-se o ressarcimento de despesas levadas a efeito para o exercício das suas respectivas atividades, devidamente comprovadas através de Recibos ou Notas Fiscais em nome da AAHU, cujo pagamento somente se efetivará após a autorização expressa do Diretor Presidente.

Art. 50 - Fica eleito o Foro da Comarca de Florianópolis, Estado de Santa Catarina, para qualquer ação fundada neste Estatuto Social.

Florianópolis, SC, 11 de setembro de 2001.

CARTÓRIO
SILVA JARDIM

ALFREDO RODRIGUES BRAGA MALMESTRÖM
DIRETOR PRESIDENTE

JURACY SOUZA
DIRETORA ADMINISTRATIVA

TABELIONATO SILVA JARDIM
3º Ofício de Notas - 2º Ofício de Protestos
Telefones: 222-5120 / 5991 - Fax: 222-5120
Rua dos Ilhéus, 28 - CEP 88010-330
Florianópolis - Santa Catarina - Brasil

30 OUT. 2001

Reconheço por semelhança, a firma de

ALFREDO RODRIGUES BRAGA MALMESTRÖM
Em test. _____ a dou te. _____ a verdade.

JORGE WELTER
ABVOGADO
OAB/SC 8317

REG. CIVIL TIT. E DOC. E
PESSOAS JURIDICAS
1.º SUB-REGISTRO
FLORIANÓPOLIS - SC
REG. DE TRANSAÇÕES
Nº AGW96015

Registro Civil Tit. e Doc. Pessoas Juridicas
IOLE LUZ FARIA - Oficial
MARIA FARIA DE SOUZA - Oficial Substituta
LUCIANE ROSA DUARTE - Escrivente
ISABEL FARIA DE SOUZA - Escrivente
Rua: Vidal Ramos, nº. 53 - Sala 106 - Ed. Crystal Center
Fone:(48)222-1369/Fax:(48)223-6131 - Florianópolis/SC

Registro de Titulos e Documentos/R.C.Pessoas Juridicas
Oficial: Iolê Luz Faria
Oficial Maior: Maria Faria de Souza
Rua Vidal Ramos, 53 sl 106 CEP 88010-320 Fpolis/SC
Protocolado Sob o nº 169577 no livro A-24
Registrado Sob o nº 007169 às fls 272 no livro A-36
Florianópolis, 09/11/2001 Selo.: R\$ 1,20
Emol.: R\$ 45,00
0 Oficial

Luciane Rosa Duarte
Escrivente