

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

O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E A INTERFACE DAS POLÍTICAS
NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DA CRIANÇA

ANA SÍLVIA SIMON

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 18/08/06

FLORIANÓPOLIS

2006


Rosana Maria Gato
Depto de Serviço Social / CSE

O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E A INTERFACE DAS POLÍTICAS
NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DA CRIANÇA

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

O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E A INTERFACE DAS POLÍTICAS
NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DA CRIANÇA

ANA SÍLVIA SIMON

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.

Orientador(a): Prof^a. Luiza Maria Lorenzini Gerber

FLORIANÓPOLIS

2006

ANA SÍLVIA SIMON

O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E A INTERFACE DAS POLÍTICAS
NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DA CRIANÇA

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.

Prof^ª. Luiza Maria Lorenzini Gerber - UFSC
Orientadora
Presidente da Banca

Prof^ª. Ms. Cleci Elisa Albiero - UFSC
1^º Examinadora

Francielle Lopes Alves
Assistente Social - HU
2^º Examinadora

Florianópolis, agosto de 2006.

À minha família

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço às forças positivas do universo, a quem todos chamam de Deus.

À Universidade Federal de Santa Catarina, por me ter proporcionado ensino público e de qualidade.

Aos professores e servidores do Departamento de Serviço Social, pelos valiosos ensinamentos, pelo carinho com que sempre me receberam. Especialmente a Professora Iliane, pela disposição em ouvir minhas angústias.

À assistente social Carmen Lúcia Blasi Vilari, pela oportunidade de estágio na Unidade de Internação Pediátrica, pelos ensinamentos e apoio.

Aos usuários da UIP que me oportunizaram intervir profissionalmente na realidade em que vivem.

À assistente social Lidiani Polli Gomes, pela compreensão, incentivo e positivas contribuições na minha formação profissional.

Aos conselheiros tutelares de Biguaçu e de Tijucas pela disposição e carinho com que me receberam.

Aos meus amigos, que apesar da distância, sempre me incentivaram. Obrigada pelas cartas, e-mails, telefonemas. Agradeço, especialmente aos colegas de curso, pelo apoio, carinho e ajuda nos momentos difíceis. Lembrarei com saudades de tudo que passamos juntos.

Agradeço principalmente a Sabrina Fermiano, amiga de todas as horas, pelo companheirismo e incentivo quando pensava em desistir, pelos sábados de estudo na BU, pelas noites de estudo, pelos longos telefonemas, pelas risadas. Apesar do afastamento, saiba que você foi indispensável neste processo. À Josiane Porto, pelo valioso apoio final, pela sincera amizade, pelas caronas, pelos esclarecimentos. Dividimos angústias e dúvidas, juntas encontramos soluções e descobri que você é uma ótima pessoa. Com certeza será uma grande profissional. A Mariani Alflen pelo carinho que tem por mim, pelos momentos de descontração e por ter contribuído com as pesquisas.

À galera do primeiro apê, pelo carinho, confiança e apoio nos momentos difíceis. Greyce e Marcinha saibam que, apesar da distância, vocês moram no meu

coração. Especialmente ao Alexandre, a pessoa mais incrível que já conheci, pelo incentivo e compreensão, pelo que não tenho palavras para agradecer.

À minha orientadora, Luiza Gerber, por quem tenho grande carinho e admiração, pelas valiosas contribuições, por ter confiado em mim, até mais do que eu, e, principalmente, por ter tornado possível a elaboração deste trabalho.

Às minhas irmãs Kátia e Pedra, que sempre estiveram ao meu lado.

Ao meu irmão Liberato. Apesar do afastamento, você contribuiu para a minha formação. À Laura, minha sobrinha linda.

Ao meu pai, Eduardo, por ter me ensinado muitos dos valores que hoje possuo, pelo incentivo e “patrocínio”. Pelo espanto, quando falei que iria fazer Serviço Social. Hoje posso dizer que foi a melhor escolha que fiz.

À minha mãe, apesar do pouco tempo que convivemos no plano terrestre, lembro que você queria que eu fosse professora. Sei que ainda posso ser.

À Zaida e à Fernanda, obrigada pelo apoio. À Adriana Cadorim, pelos e-mails com palavras carinhosas.

Ao meu namorado Daniel, pelo amor, carinho, incentivo e por compreender meus momentos de irritação. Pelos momentos em que estive ausente peço desculpas, mas foram necessários.

Não nos faltam instrumentos legais. Não nos falta aparato legal. Nos falta a questão de colocar, politicamente, em andamento, a apropriação de direitos pela população. Não precisamos reformular leis, mas torná-las efetivas.

Bobbio

SIMON, Ana Sílvia. **O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E A INTERFACE DAS POLÍTICAS NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DA CRIANÇA.** Florianópolis/SC: 2006.

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Para que tal direito seja efetivado, foram aprovadas as Leis 8.142 e 8.080, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde, que visam estabelecer os princípios e diretrizes para a operacionalização do atual modelo de saúde brasileiro. O presente trabalho tem por objetivo abordar o princípio da integralidade, analisando sua efetividade na garantia do direito à saúde da criança. Para isto realizou-se uma pesquisa exploratória junto aos Conselhos Tutelares das cidades de Biguaçu e de Tijucas, visando obter informações acerca dos procedimentos realizados naquelas comunidades, a partir dos estudos encaminhados pelo Serviço Social da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário da UFSC, quando da realização do estágio curricular obrigatório, no semestre 2005/02. Evidenciou-se que no conjunto das políticas públicas disponibilizadas pelos órgãos governamentais atuantes nos municípios, as crianças e suas famílias foram focos da integralidade ampliada, sendo esta composta por uma rede de serviços e instituições atuando conjuntamente com o objetivo de garantir o direito à saúde.

Palavras-chave: Saúde. Criança. Integralidade.

LISTA DE SIGLAS

Ações Integradas de Saúde (AIS)
Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs)
Centro de Atendimento Psicosocial (CAPs)
Conferência Nacional de Saúde (CNS)
Constituição Federal (CF)
Doença Sexualmente Transmissível (DST)
Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)
Estratégia Saúde da Família (ESF)
Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM)
Hospital Universitário (HU)
Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs)
Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq - SC)
Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)
Lei Orgânica da Saúde (LOS)
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
Sistema Único de Assistência Social (SUAS)
Sistema Único de Saúde (SUS)
Unidade de Internação Pediátrica (UIP)
Unidade Local de Saúde (ULS)
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

SUMARIO

INTRODUÇÃO	12
1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: CONSTRUÇÃO PARA O DEBATE DA INTEGRALIDADE 15	
1.1 SAÚDE NO BRASIL – BREVE HISTÓRICO (1900 – 1975).....	15
1.2 REFORMA SANITÁRIA- CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE (1976 – 1987). 17	
1.3 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, AS LEIS 8.080/90 E 8.142/90 E O NOVO PAPEL DO ESTADO E DA SOCIEDADE FRENTE À SAÚDE.	19
1.4 A INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO DE GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE.....	22
2 O PROCESSO DE TRABALHO PARA A EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE – A EXPERIÊNCIA PRÁTICA JUNTO À UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA DO HU/UFSC.....	29
2.1 HU – BREVE HISTÓRICO.....	29
2.2 A CRIANÇA – SUJEITO DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL.....	31
2.3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NA UIP/HU.	34
3 A ATUAÇÃO DO CONSELHO TUTELAR NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE	43
3.1 O CONSELHO TUTELAR E A PREOCUPAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM SUBSIDIAR INFORMAÇÕES SOBRE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE, VISANDO A CONTINUIDADE DO ATENDIMENTO.....	43
3.2 ESTUDO SOCIAL – SUBSÍDIOS À EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA	45
3.2.1 <i>Relatório Situacional n.º 01</i>	48
3.2.2 <i>Relatório Situacional n.º 02</i>	49
3.2.3 <i>Relatório Situacionla n.º 03</i>	50
3.3 RESULTADO DA PESQUISA JUNTO AOS CONSELHOS TUTELARES.....	51
3.3.1 <i>Relatório Situacional n.º 01 - resultados obtidos junto ao Conselho Tutelar de Biguaçu</i>	52
3.3.2 <i>Relatórios Situacionais n.º 02 e 03 - resultados obtidos junto ao Conselho Tutelar de Tijucas</i>	54
3.4 ANÁLISE DA PESQUISA JUNTO AOS CONSELHOS TUTELARES – A INTEGRALIDADE SE EFETIVOU?	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXO A – RELATÓRIO SITUACIONAL N.º 01	66
ANEXO B – RELATÓRIO SITUACIONAL N.º 02	69
ANEXO C – RELATÓRIO SITUACIONAL N.º 03	72

INTRODUÇÃO

Com a ascensão do processo industrial, houve a migração dos trabalhadores do campo para as cidades, sendo que estes vinham em busca de trabalho e melhores condições de vida. No entanto, houve planejamento urbano pontual e focalizado e pouco se fez em relação às condições de habitação, saneamento, para receber a grande massa operária, o que tornou o processo de desenvolvimento capitalista brasileiro desigual e excludente. As cidades, principalmente os grandes pólos industriais, não dispunham de infra-estrutura adequada para receber o grande número de famílias trabalhadoras.

Tais fatores, somados aos impactos causados pelo processo de industrialização, a concentração de renda, os baixos salários, o subemprego, acabaram por impossibilitar o acesso aos bens e serviços de qualidade, essenciais ao desenvolvimento das famílias. Sendo determinantes para o planejamento e o desenvolvimento de políticas sociais, especificamente as políticas de saúde, com objetivos mais completos, isto é, que atendessem os indivíduos considerando os meios e os fatores que influenciavam negativamente sobre sua saúde.

As políticas de saúde no Brasil, principalmente a partir do processo de industrialização que se intensificou na década de 1950, passaram a ser operacionalizadas com vistas a atender às necessidades integrais dos usuários. O debate acerca das mudanças dos paradigmas desta política emanou, no contexto da Reforma Sanitária, sendo esta o marco para a elaboração do capítulo que trata da saúde, na atual Constituição Brasileira, onde o Estado fica obrigado a garantir o acesso à saúde, mediante políticas sociais e econômicas, considerando o conceito ampliado de saúde, defendido na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986.

A Constituição dispôs sobre a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo este regulamentado em 1990 pelas Leis 8.080 e 8.142, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde. O atual modelo de saúde brasileiro constitui-se em um sistema regionalizado e hierarquizado, e prevê o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, tendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.

Com base no exposto, este é um trabalho elaborado a partir da prática de estágio, realizado na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário da

Universidade Federal de Santa Catarina, no semestre 2005/02. Conta com um referencial teórico sobre a Política de Saúde Brasileira, e seu objetivo é discutir o princípio da integralidade e a efetividade do mesmo na garantia do direito à saúde da criança.

O atendimento integral foi escolhido como foco central, visto que, durante o processo de estágio curricular obrigatório, foram realizados inúmeros estudos sociais com as famílias dos pacientes internados na UIP, objetivando conhecer a realidade sócio-econômica das mesmas. Em muitos casos, foi detectado que o direito à saúde não estava sendo garantido, face às condições em que viviam as famílias. Assim, levando-se em consideração os fatores que influenciavam negativamente sobre a saúde dos pacientes, realizou-se o encaminhamento de alguns estudos aos Conselhos Tutelares dos municípios de origem das crianças, solicitando acompanhamento sistemático, com vistas a garantir os direitos preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Ressalta-se que será usado no decorrer da elaboração do trabalho o termo criança, pois os documentos encaminhados aos Conselhos solicitavam acompanhamento à criança, não sendo elaborado durante o estágio nenhum documento solicitando acompanhamento a adolescentes. Apesar de terem sido encaminhados inúmeros relatórios, será feita a busca por três deles, considerado um número suficiente para demonstrar se as crianças tiveram atendimento integral por parte das políticas.

Visando alcançar o objetivo deste estudo foi realizada uma pesquisa exploratória junto aos Conselhos Tutelares dos municípios de Biguaçu e de Tijucas, onde foram realizadas entrevistas com os conselheiros tutelares, com o intuito de obter informações acerca dos procedimentos realizados pelos mesmos quando do encaminhamento dos relatórios por parte do Serviço Social da UIP.

O trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro apresenta uma breve contextualização das políticas de saúde no Brasil, destacando a conjuntura em que foi promulgada a Constituição Federal, a criação do atual modelo de saúde, enfatizando o princípio da integralidade e suas interpretações.

O segundo capítulo trará um breve relato da experiência de estágio, a importância da intervenção profissional do Serviço Social na UIP/HU, com vistas a garantir os direitos dos pacientes.

O terceiro capítulo apresentará a descrição dos estudos sociais realizados com familiares de três pacientes atendidos na Unidade durante o processo de estágio, o relato das visitas realizadas aos Conselhos Tutelares, apresentando os encaminhamentos realizados pelos mesmos, quais políticas atenderam/atendem as famílias. Ainda no terceiro capítulo, será realizada análise do trabalho, observando o objetivo deste.

Finalizando, serão apresentadas as considerações finais, as referências bibliográficas utilizadas e os anexos, sendo estes os estudos encaminhados aos Conselhos Tutelares. Ressalta-se que os nomes e endereços dos pacientes foram suprimidos dos anexos, respeitando-se os preceitos do Código de Ética profissional, no que tange à questão do sigilo profissional.

1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: CONSTRUÇÃO PARA O DEBATE DA INTEGRALIDADE

Este capítulo fará uma breve contextualização histórica dos modelos de saúde no Brasil, destacando a conjuntura que favoreceu a criação do Sistema Único de Saúde.

Serão relatados os principais fatos que justificaram e, conseqüentemente, levaram à implantação do SUS, bem como, serão abordados os princípios preconizados pelo atual modelo de saúde, enfatizando o princípio da integralidade e sua interpretação.

1.1 Saúde no Brasil – Breve histórico (1900 – 1975)

Inicialmente, observa-se que a organização dos serviços de saúde no Brasil foi influenciada por diversos estágios do processo de desenvolvimento econômico. Assim, a concepção e operacionalização das políticas de saúde foram norteadas com vistas a atender às necessidades do panorama econômico adotado em cada período.

O primeiro modelo de saúde brasileiro foi o Sanitarista Campanhista, o qual imperou do final do século XIX até metade dos anos 1960. Era caracterizado como de inspiração militarista, com forte concentração das decisões. Tinha um estilo repressivo de intervenção sobre a saúde da população e visava, principalmente, ao combate de doenças de massa, como o cólera, a febre amarela, varíola, tuberculose. Objetivava, assim, erradicar as doenças que poderiam prejudicar a exportação¹, para isto, buscava o saneamento dos espaços por onde circulavam as mercadorias. WESTPHAL e ALMEIDA, 1995.

Foi adequado para atender à necessidade do mercado exportador: atuava sobre a saúde, porém a preocupação maior era não prejudicar a exportação dos produtos agrícolas brasileiros.

¹ Neste período o país era grande exportador de produtos como cana-de-açúcar e café.

A partir de 1923, o Brasil passa a vivenciar o início do processo de industrialização² e o enfraquecimento, progressivo, do modelo agroexportador. A preocupação com a saúde se intensificou, sendo que a prioridade passou a ser a saúde do trabalhador, visto ser esta uma condição necessária para a garantia da produção.

O modelo de saúde adotado durante o período da industrialização tinha por objetivo, segundo Mendes (1995, p. 21), “atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva”, visto que este precisava usufruir de boa saúde para atender às necessidades de produção e, assim, contribuir com o processo de desenvolvimento da industrialização.

Para atender às novas demandas de saúde, foi criada em 1923 a Previdência Social³ no Brasil fazendo surgir, assim, o modelo de assistência médica associado à Previdência Social, através da implantação das Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs, sendo que a criação destas influenciou, posteriormente, a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs.

As CAPs “eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários (1% da renda) e trabalhadores (3%)” (WESTPHAL e ALMEIDA, 1995, p. 23), os IAPs, eram estruturados por categorias profissionais, sendo seus precursores os ferroviários. Segundo Conh; Nunes; Jacobi e Karsch (1999, p. 16), os IAPs eram “geridos pelo Estado, continuando a contar com recursos financeiros de origem tripartite, com a diferença marcante de a contribuição patronal ser calculada [...] sobre o salário pago”.

Nas CAPs a saúde era tida como prioridade, e nos IAPs ficava em segundo plano. Parte da população acabava por ser excluída deste sistema por não dispor de recursos para contribuir com a Previdência Social, visto que no período, tinha acesso aos serviços de saúde quem contribuía para a Previdência, do contrário, restava a

² O processo de industrialização no Brasil iniciou-se na década de 1920, elevando-se com a Era Vargas (1930-1945), porém se intensificou a partir de 1950, determinando o deslocamento do pólo econômico para os centros urbanos, fazendo surgir a massa operária, sendo que esta necessitava ser atendida com outros objetivos pelo sistema de saúde.

³ O decreto 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecido como Lei Elói Chaves, determinou a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os ferroviários. A partir daí começou a ser traçado o sistema previdenciário brasileiro.

compra por serviços privados ou, ainda, a assistência das Santas Casas de Misericórdia.

Assim, houve o crescimento da atenção médica na Previdência Social e o esvaziamento progressivo das ações campanhistas, consolidando-se, no período, o modelo médico assistencial privatista. WESTPHAL e ALMEIDA, 1995.

Em 1967, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, sendo que este concentrou os Institutos de Aposentadoria e Pensões, uniformizando os benefícios. Com o INPS a cobertura foi expandida à população rural e urbana, dando-se ênfase à prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas da saúde pública, de caráter preventivo e interesse coletivo. WESTPHAL e ALMEIDA, 1995.

O Estado financiava a saúde através da Previdência Social, o setor privado nacional prestava os serviços de atenção médica e o setor privado internacional contribuía com a produção de equipamentos biomédicos e medicamentos. Este modelo contribuiu, assim, para a criação de um complexo médico-industrial e consumo de medicamentos através da intervenção do Estado.

Na metade da década de 1970, “inicia-se, lenta e progressivamente, a abertura política, questionando-se a política social do governo e a repercussão dos efeitos do modelo econômico adotado em relação à saúde” (WESTPHAL e ALMEIDA 1995, p. 25).

Como o país passou por influente processo de desenvolvimento, os modelos de saúde passam a ser questionados por não mais atender às necessidades da população e com isto, os serviços precisam adequar-se a realidade social e econômica vivida no país, ou seja, incluir em sua proposta interventiva a participação dos trabalhadores de saúde e da população usuária.

1.2 Reforma Sanitária- Construção de um novo modelo de atenção à saúde (1976 – 1987).

No final de década de 1970 e início dos anos 80 o modelo médico assistencial privatista começou a se tornar inadequado à realidade sanitária nacional, visto que, neste modelo, predominava a prática médica curativa e de reabilitação, fazendo

crescer a indústria de medicamentos e a insatisfação dos usuários, dos prestadores de serviços e dos trabalhadores da saúde.

Nesta década o país passou por uma profunda crise econômica, o crescimento encontrava-se estagnado, acrescido de alto descontrole inflacionário, a economia nacional instabilizou-se consideravelmente, se comparada com décadas anteriores, onde o crescimento econômico do país girava em torno de 7% ao ano. MENDES, 1995. Somado a estes fatores estava o crescente processo de redemocratização do país, quando o governo militar passa a perder força e é instaurada, em 1985, a chamada Nova República com a eleição de um presidente civil⁴.

Amplia-se, neste cenário, o debate por melhores condições da saúde e melhorias dos serviços prestados. As reivindicações foram assuntos de intensos debates na VIII Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em 1986, convocada com o objetivo de subsidiar a reformulação do Sistema Nacional de Saúde – SNS e gerar elementos que permitissem uma ampla discussão sobre a saúde. O tema da Conferência estava voltado para os Serviços Básicos de Saúde e, principalmente, a discussão da saúde como direito.

A concepção de saúde ganha um conceito mais ampliado, segundo consta dos Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde⁵, passando a ser compreendida como

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.

Para Westphal e Almeida, (1995, p. 30) a VIII Conferência Nacional de Saúde, foi

⁴ Apesar de o país estar passando por reestruturações no sistema político, com a instituição da democracia, o presidente ainda foi eleito pelo Colégio Eleitoral, instituição criada pelo regime militar, que tinha por objetivo selecionar o presidente da república. Inicialmente era composta por membros da Câmara e do Senado, posteriormente passaram a fazer parte da composição do Colégio, seis membros dos partido majoritário de cada Assembléia Legislativa Estadual.

⁵ Disponível em www.uff.br/gef/anais-XI.rtf, acesso em 19/06/2006.

um dos eventos políticos-sanitários mais importantes devido ao seu caráter democrático [...] e, também, ao processo social que se estabeleceu a partir das conferências municipais e estaduais, como a ampliação do debate em termos de toda a sociedade.

O caráter democrático da Conferência foi justificado devido à expressiva participação de delegados, representantes dos usuários dos serviços de saúde, trabalhadores do setor, dos partidos políticos, universidades, entre outros. WESTPHAL e ALMEIDA, 1995.

Entre os resultados da VIII CNS, pode-se destacar, além do conceito ampliado de saúde, a concepção de saúde como direito de cidadania e dever do Estado e o fortalecimento das discussões com vistas à instituição de um Sistema Único de Saúde.

Estas mudanças foram no sentido de tornar os serviços de saúde mais acessíveis, democráticos, universais e eqüitativos. A discussão suscitada durante os primeiros anos da década de 1980 sobre o sistema de saúde brasileiro viria se consolidar com a Constituição Federal de 1988, sendo que esta reflete o processo democrático iniciado no país após anos de ditadura militar.

1.3 A Constituição Federal de 1988, as Leis 8.080/90 e 8.142/90 e o novo papel do Estado e da Sociedade frente à saúde.

Em 1988, foi promulgada a nova Constituição Brasileira, conhecida como "Constituição Cidadã". Esta definiu a saúde como sendo de relevância pública, direito de todos os brasileiros, ficando o Estado obrigado a garantir as condições necessárias ao seu atendimento.

Dentre os principais artigos que tratam da saúde, o de número 196 expressa a questão da saúde como

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.

O artigo 197 prevê que as ações e serviços são de competência do poder público, cabendo a este a "regulamentação, fiscalização e controle", estabelece

ainda que a execução das ações e serviços deve “ser feita diretamente ou através de terceiros [...] por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

O artigo 198 dispõe que “ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, dispondo sobre as diretrizes do SUS, sendo estas a descentralização, onde cada esfera do governo deve direcionar sob fiscalização do governo federal as ações e serviços, o atendimento integral, priorizando as atividades de cunho preventivo e a participação da comunidade.

Este artigo, em seu parágrafo único, dispõe sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde, devendo o mesmo ser financiado “com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos municípios, além de outras rendas”.

O artigo 199 dispõe sobre a participação da iniciativa privada nos serviços de saúde, prevendo a livre participação das instituições privadas no que se refere a assistência à saúde. Neste se estabelece as condições para a participação das instituições no SUS.

O de número 200 trata sobre as atribuições do Sistema Único de Saúde, sendo estas a fiscalização e o controle dos procedimentos relativos à produção de medicamentos, equipamentos. A execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, a ordenação e formação de recursos humanos, participação da formulação da política e execução das ações referentes a saneamento. Constituem ainda atribuições do SUS, fiscalizar e inspecionar alimentos, bebidas e água, para o consumo humano, proteção do meio ambiente, entre outras.

Observa-se, através dos artigos acima elencados, que a questão da saúde é expressamente declarada na Lei como obrigação estatal e que cabe ao Estado a prestação dos serviços e a execução das ações de saúde a toda a população brasileira.

A inclusão do capítulo social e, principalmente, a ordenação acerca do novo modelo de saúde adotada na Constituição, originou as chamadas Leis Orgânicas da Saúde – LOS, sendo elas a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Ambas passam a regulamentar os serviços de saúde a partir dos princípios constitucionais e dispõem sobre a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

A Lei 8.142/90 faz referência à participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde, visando o controle social.

A Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. No presente trabalho, será enfatizado o artigo 7º da referida Lei, visto que este dispõe sobre os princípios e diretrizes do SUS, sendo o princípio da integralidade o foco deste estudo.

Assim, a integralidade é expressa na Lei como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso”.

Os princípios do Sistema Único podem ser divididos em organizativos e doutrinários. Os organizativos, de acordo com Westphal e Almeida (1995, p. 37), são a “regionalização e hierarquização, resolutividade, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado”.

Constituem-se em princípios doutrinários, segundo os autores, a Universalidade, sendo que todos têm direito ao atendimento, à equidade, onde se deve considerar que

todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida (WESTPHAL e ALMEIDA 1995, p. 35).

Assim, entende-se que os serviços de saúde devem ser prestados de acordo com as necessidades de saúde de cada grupo, buscando atender às peculiaridades de cada demanda.

1.4 A integralidade como princípio de garantia do direito à saúde

O princípio em questão enfoca o atendimento integral do indivíduo, no sentido da promoção e prevenção da saúde, sendo que promover a saúde significa

proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. [...] As condições e requisitos para a saúde são: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e a equidade. [...] Uma boa saúde é o melhor recurso para o progresso pessoal, econômico e social, e uma dimensão importante da qualidade de vida. Os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, de meio ambiente, de conduta e biológicos podem intervir a favor ou contra a saúde. (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Assim, significa dizer que os indivíduos precisam ter condições de acesso aos bens indispensáveis para garantir sua saúde. Já a prevenção da saúde,

orienta-se mais às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de uma enfermidade específica. Seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram ou precipitam, (CZERISNIA e FREITAS, 2003, p. 33).

Para que o princípio da integralidade seja efetivo é necessário, ainda, considerar a interface entre as políticas e como estas se operacionalizam, partindo da intervenção profissional do Serviço Social, para garantir o direito à saúde, neste caso o direito da criança, à saúde.

A análise se dará através da busca pelo entendimento das diversas formas de abordagem da integralidade, através da explanação de alguns conceitos e interpretações sobre este princípio.

As discussões acerca da integralidade vêm despertando o interesse de pesquisadores e técnicos, exemplo disto são as recentes publicações sobre o assunto, realização de congressos, publicações de artigos. Para auxiliar no desenvolvimento deste trabalho e nas reflexões expostas acerca dos sentidos da integralidade, foi acessado o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde – LAPPIS, através do endereço eletrônico

www.lappis.org.br, sendo que a criação desta entidade, segundo Pinheiro e Mattos (2001), teve como objetivo

congregar grupos de pesquisadores interessados no estudo da integralidade em uma de suas dimensões, assim como estreitar laços (inter)institucionais, a partir de projetos integrados e integralizantes, como componentes de sua linha de atuação.

O LAPPIS visa propagar o estudo da integralidade nos meios acadêmicos e científicos.

É importante destacar que, apesar das discussões acerca do sentido da integralidade ganhar ênfase a partir da implementação do Sistema Único de Saúde, já se praticava a integralidade no período da Reforma Sanitária, quando se buscava organizar as políticas de atenção à saúde de forma que atendessem coletivamente as necessidades dos usuários dos serviços.

Segundo Kell (2006), a integralidade foi colocada como questão norteadora das práticas de saúde quando

foi pensada em termos de uma articulação entre os aparatos institucionais prestadores de serviços, como a integração entre os setores público e privado na produção dos cuidados de assistência médica ou entre os sub-setores de saúde pública e previdenciária.

Diante disso, entende-se que anteriormente à implementação do SUS já se buscava atender aos usuários dos serviços de saúde, integralmente. Ainda que as práticas médicas se dessem no sentido de curar a doença, as políticas já vinham se organizando no sentido da atenção integral.

Albuquerque e Stotz, (2004, p. 262) consideram que

o conceito da integralidade é relativamente novo na saúde. Emanado do Movimento da Reforma Sanitária e se concretiza com a Constituição Federal de 1988 [...]. As Ações Integradas de Saúde – AIS⁶ podem ser consideradas como um dos primeiros movimentos concretos em busca da junção assistência – promoção e prevenção.

⁶ As Ações Integradas de Saúde, criadas em 1984, visavam situar as políticas de saúde para uma reorganização dos serviços de saúde e, principalmente, ampliar os espaços democráticos simbolizados pelos movimentos de massa.

A implementação do Sistema Único de Saúde, além de visar à reorganização e redefinição dos serviços de saúde, objetivou, principalmente, oferecer serviços de saúde que atendessem todas as necessidades dos usuários. Esta forma de atendimento é possível quando observados os princípios doutrinários do atual modelo de saúde, principalmente quando se aborda o atendimento integral, no sentido da promoção e prevenção da saúde.

Segundo Westphal e Almeida (1995, p. 35) na integralidade, as ações de saúde

devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho [...]. O indivíduo deve ser entendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida.

Para isto é necessário que o serviço seja disponibilizado de forma a atender as questões relativas à saúde e não visando somente a cura da doença. Segundo os autores “ isso exige que o atendimento seja feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos”.

Segundo Westphal e Almeida (1995, p. 36) essas ações

devem formar um todo indivisível. As Unidades prestadoras de serviço, com seus diferentes graus de complexidade, devem também formar um todo indivisível, configurando-se, assim, um sistema capaz de prestar assistência integral.

Além do atendimento ao indivíduo, no sentido de buscar restabelecer sua saúde, é preciso que os demais serviços sejam prestados de forma integral, ou seja, as políticas precisam atuar conjuntamente, para que o direito à saúde seja realmente efetivo.

Albuquerque e Stotz, (2004, p. 260), afirmam que

dos três princípios para a organização do SUS a integralidade tem sido de difícil execução e garantia efetiva para a população, tendo em vista que demanda na concepção de trabalho dos profissionais [...] onde as ações curativas permanecem completamente dissociadas da promoção da saúde e prevenção.

Consideram ainda que o conceito ampliado de saúde seja a “chave real para a garantia deste princípio”, uma vez que as ações e os serviços no sentido da promoção e prevenção da saúde precisam ser entendidos a partir da realidade sócio-econômica em que o indivíduo está inserido; as necessidades precisam ser atendidas de forma ampliada pelas políticas.

Pensar a questão da integralidade a partir do conceito ampliado de saúde significa dizer que as ações devem englobar as condições em que vivem estas pessoas, pois

a questão das condições de vida, do emprego, do trabalho, da qualidade de vida no sentido social e psicossocial da expressão ressurge [...] como lugar privilegiado não apenas teórico mas simbólico, na definição do que é saúde. (LUZ, 2001, p. 26)

Em sentido amplo, desenvolver estas ações significa propor discussões que envolvam áreas como as do meio ambiente, habitação, saneamento básico, educação, pois, assim, as políticas estarão atuando de forma integrada, visando melhorar as condições em que vivem os indivíduos, uma vez que a não implementação destas políticas, influenciará negativamente nas condições de saúde.

Tal fato ainda é um desafio às práticas de saúde, posto que “precisa romper com formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradições” (KELL, 2006).

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos, ocorria na perspectiva da intervenção curativa. Com o advento das Leis 8.080/90 e 8.142/90 o processo formativo passou a acontecer com maior ênfase sob a ótica do conceito ampliado de saúde. Decorre daí a dificuldade de romper com formas cristalizadas do antigo modelo que ainda estão presentes na formação profissional.

Alguns grupos populacionais, especialmente aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade⁷ sócio-econômica, estão mais expostos a fatores que

⁷ O termo vulnerabilidade é originário da área dos Direitos Humanos, sendo utilizado para designar grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção e garantia de seus direitos de cidadania. A fome e a desnutrição são formas de expressão de vulnerabilidade, não sendo as únicas. Grupos ou indivíduos

ocasionam o processo de adoecimento, pois, considerando-se o conceito ampliado de saúde, a ausência de condições materiais acaba por impedir que estas pessoas tenham acesso aos bens e serviços de qualidade.

Assim, as mesmas precisam ser atendidas dentro de suas necessidades integrais, sendo que este atendimento deve ir além do âmbito institucional, isto é, as políticas sociais precisam estar integradas no atendimento, propondo soluções para os fatores que ocasionam a doença, buscando oferecer ao usuário uma atenção globalizada, considerando todas as dimensões do processo saúde-doença.

Neste contexto, a integralidade pode ser compreendida como

um princípio pelos quais as ações relativas à saúde devem ser efetivadas, no nível do indivíduo e da coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo que as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam integradas numa visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde. (ALBUQUERQUE e STOLZ 2004, p. 263).

A continuidade dos serviços se faz necessária para que o usuário doente possa tratar sua saúde e isto será possível quando, após a alta hospitalar, os serviços continuem sendo prestados de forma integral.

Segundo Cecílio (2001, p. 116), é importante “pensar a integralidade em diferentes dimensões”. O autor explicita duas formas de pensar a integralidade sendo elas “a integralidade focalizada e a integralidade ampliada”. A integralidade focalizada

é aquela que se dá nos diversos serviços de saúde, frutos do esforço de equipes multiprofissionais. Nesse espaço, ela se dá pelo compromisso dos profissionais de escutar atenta e cuidadosamente os usuários para identificar suas necessidades de saúde (CECÍLIO, 2001, p. 116).

Para Cecílio (2001, p. 115) “a integralidade [...] precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível”. Isto

podem estar em situação de vulnerabilidade quando não conseguem satisfazer suas necessidades básicas. A ausência ou insuficiência de acesso a bens e serviços públicos, como água potável, esgoto sanitário, habitação, educação e saúde, mesmo quando não acompanhados da fome ou desnutrição traduz a não apropriação da rede de seguridade social que pode dar sustentação ao povo do país, sobretudo aqueles mais vulneráveis.

implica em “saber ouvir” as necessidades dos usuário para assim, “decodificar e saber atender da melhor forma possível”, sendo que as necessidades de saúde, muitas vezes, estão relacionadas às condições de vida.

A integralidade ampliada refere-se, de acordo com o autor, ao “resultado de cada serviço com uma rede complexa composta por outros serviços e instituições”. Pode ser considerada ainda, como a

relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde [...]. Uma não é possível sem a outra. O cuidado individual, em qualquer serviço de saúde [...] está sempre atento à possibilidade e à potencialidade de agregação de outros saberes e práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não. (CECÍLIO, 2001, p. 120).

A idéia de integralidade ampliada reflete a importância da interface entre as políticas, onde caberá a cada serviço ou instituição o desenvolvimento de suas atribuições, tendo como objetivo garantir o direito à saúde. Assim, “os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população a qual atendem” (MATTOS, 2001, p. 57).

O mesmo se deve pensar quando do processo de adoecimento, onde as ações precisam ser planejadas e executadas integralmente entre as políticas, não ficando esta tarefa, como acontece muitas vezes, restrita às instituições de saúde. É necessário que ocorra esta interface entre as políticas, visando o atendimento integral dos usuários dos serviços de saúde, no sentido de restabelecer e garantir o direito à saúde.

Em instituições que oferecem serviços de saúde e, especificamente, onde há a intervenção de equipes multiprofissionais, este processo deve considerar os aspectos sociais e econômicos no qual o usuário está inserido, sendo estes fatores, muitas vezes, determinantes para o processo de adoecimento. Assim, para que o atendimento seja oferecido sob a ótica da integralidade, cada profissional, dentro do que lhe é atribuído, deve atuar na perspectiva da continuidade do atendimento.

Para os usuários vulneráveis social e economicamente, garantir o restabelecimento da saúde no âmbito institucional significa dizer que o direito foi oferecido em partes, visto que, no momento da alta, o usuário voltará a conviver com fatores que influíram negativamente sobre sua saúde. Para que o direito à saúde

seja garantido integralmente, será necessária a continuidade do atendimento no pós-alta e, para que isso seja possível, considerando-se o conceito ampliado de saúde e o princípio da integralidade, será necessária a intervenção de profissionais capacitados para intervir na realidade em que os usuários estão inseridos.

2 O PROCESSO DE TRABALHO PARA A EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE – A EXPERIÊNCIA PRÁTICA JUNTO À UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA DO HU/UFSC.

Este capítulo apresentará o processo de estágio curricular obrigatório e a intervenção profissional do Serviço Social junto ao HU, enfocando o processo de trabalho na Unidade de Internação Pediátrica, numa busca pela efetivação do conceito de integralidade, visando garantir o direito à saúde da criança.

2.1 HU – Breve histórico

O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago foi fundado em 02 de maio de 1980, após anos de luta e reivindicações pela construção de um Hospital que atendesse às necessidades de ensino, ou seja, era necessário que houvesse uma instituição que possuísse espaço para a prática do estudo, do ensino e da aprendizagem e que oferecesse equipamentos disponíveis, visando atender à necessidade do aluno no campo de estágio. A Revista da Associação Médica Brasileira⁸ define o Hospital Universitário como

uma instituição que se caracteriza: (a) por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde [...]; (b) por prover treinamento universitário na área da saúde; (c) por ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; (d) por propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) [...] apresenta forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionada ao tipo de atendimento médico que dispensa.

O Hospital Universitário (HU) foi projetado e construído com base nas diretrizes recomendadas pela comissão de Ensino Médico do Ministério de Educação e Cultura, sendo caracterizado como uma instituição pública, de âmbito federal, de caráter governamental, subordinada à Reitoria da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC e ao Ministério da Educação – MEC, atendendo às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

⁸ Disponível em www.scielo.br, acesso em 12/07/2006.

O Hospital é financiado pelo SUS, através do Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, através do orçamento da Universidade. Sua abrangência é estadual; os pacientes dos municípios do interior do Estado são encaminhados aos serviços do HU, pois em muitas dessas cidades não há atendimento dentro das especialidades demandadas. O Hospital disponibiliza atendimentos de média⁹ e alta complexidade¹⁰.

Para proporcionar assistência à população e também ensino aos alunos, o HU dispõe de ambulatório, banco de sangue (hemoterapia), serviços complementares como: laboratório, nutrição, radiodiagnóstico, dentre outros. O Hospital possui, ainda, clínicas de internação e emergência, dispondo de 246 leitos, distribuídos nas Unidades de Clínicas Médicas I, II e III, Clínicas Cirúrgicas I e II, Maternidade, Ginecologia, Unidade de Terapia Intensiva – UTI (adulto e neonatal), Unidade de Tratamento Dialítico (Hemodiálise), Emergência Adulto e Infantil e Unidade de Internação Pediátrica.

Para atender os pacientes o Hospital disponibiliza as especialidades médicas nas áreas de Cardiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Cirurgia Geral, Pneumologia, Ginecologia, dentre outros, oferecendo estágios curriculares para os cursos de medicina, enfermagem, Serviço Social, psicologia, nutrição, farmácia.

O HU tem como objetivos promover o ensino, a pesquisa e a extensão na área da saúde; prestar assistência à comunidade na área da saúde em vários níveis de complexidade, de forma universal e igualitária. Tem como finalidades a assistência médico-cirúrgica, o ensino na área da saúde e o desenvolvimento de pesquisa e extensão na área da saúde e afins, promovendo, assim, a formação profissional e assistência de qualidade.

A Unidade de Internação Pediátrica, local onde foi desenvolvido o estágio curricular obrigatório, presta atendimento a crianças e adolescentes de 0 (zero) a 14 (quatorze) anos. Dentre as principais doenças apresentadas pelos pacientes que necessitam de internação, podem ser citadas: broncopneumonia, desnutrição, Síndrome Diarréica Aguda, verminose, bronquiolite, entre outras.

⁹ Pode ser definido como atendimento de média os casos que necessitam de internação para restabelecimento da saúde.

Para atender à demanda a Pediatria conta com 30 (trinta) leitos para internação e 05 (cinco) leitos para observação, totalizando, assim, 35 (trinta e cinco) leitos.

Como a abrangência do HU é estadual, a Unidade recebe pacientes de toda Santa Catarina, porém a demanda maior é proveniente da Grande Florianópolis. Os casos atendidos na Pediatria são de média complexidade. Esta atende os casos que necessitam de internação para o tratamento clínico¹¹. A Unidade baseia seu atendimento na legislação vigente (Leis Orgânicas da Saúde, Estatuto da Criança e do Adolescente), visando garantir o direito da criança e do adolescente à saúde.

O principal objetivo da UIP é oferecer atendimento multidisciplinar, visando garantir o direito à saúde da criança, sendo que a equipe é composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, além de serviços de apoio de enfermagem e serviços gerais.

2.2 A criança – Sujeito da intervenção profissional do Serviço Social

Ao longo dos anos, a preocupação com a criança vem se destacando. A partir da década de 1920, quando se iniciou no Brasil o processo de industrialização, ampliou-se o debate com relação aos direitos da criança, principalmente por ser crescente o número de crianças que trabalhavam nas fábricas, visto que, segundo PILOTTI, 1995, p. 61), “a mão de obra infantil é usada de forma abundante na indústria e o salário das crianças e adolescentes representa um complemento para os baixos rendimentos das famílias operárias”. Ainda segundo o autor, em 1920, realizou-se no Brasil o 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, tendo por objetivo tornar a questão da proteção à criança mais sistemática.

Constituiu-se como marco histórico para a preocupação com a infância no Brasil a promulgação, em 1927, do Código de Menores. Segundo Pilotti (1995, p. 63), o Código apresentou uma “visão higienista de proteção do meio e do indivíduo como a visão jurídica repressiva e moralista”, previa, ainda, a vigilância da saúde, sobretudo da criança, instituía a punição para os pais no que se refere às questões

¹⁰ Entende-se por alta complexidade os casos de epilepsia (exploração diagnóstica e tratamento cirúrgico), implante osteointegrado oral (implantes dentários), lesões lábio-palatais, cirurgia cardíaca, transplantes, neoplasias, entre outros

relacionadas ao “abandono físico e moral das crianças”, estabeleceu regras para o trabalho, ficando este proibido “aos menores¹² de 12 anos e aos menores de 14 que não tenham cumprido instrução primária”, refletindo, assim, a preocupação com a educação. O trabalho noturno foi proibido aos menores de 18 anos.

Para Pilotti (1995, p. 63), o Código apresentou a “emergência de novas obrigações do Estado em cuidar da infância pobre com educação, formação profissional, encaminhamento e pessoal competente”.

Em 1943, o Código passa por revisões, sofrendo alterações, principalmente as questões relativas ao trabalho e à educação. Quando de sua instituição em 1927, o Código gerou reivindicações por parte de alguns industriais do período que requisitavam o trabalho dos menores nas fábricas. Porém, a idade mínima para o trabalho havia sido estabelecida, também em 14 anos, na Constituição de 1937, sendo que pouco se pôde mudar em relação ao assunto. No que se refere a educação, o Estado passa a intervir com mais intensidade, visto que a Constituição de 1937 previa em seu artigo 129, segundo Pilotti (1995, p. 67), “que, se não houver possibilidade de educação por falta de recursos em instituições particulares, cabe ao Estado oferecer a educação pública”.

Na tentativa de oferecer uma política de atendimento integral às crianças e adolescentes o

Governo Federal, estabelece, para os chamados menores, um sistema nacional, com integração do Estado e instituições privadas. A Ação do setor público será conduzida pelos seguintes órgãos: Conselho Nacional de Serviço Social (1938), Departamento Nacional da Criança (1940), Serviço Nacional de Assistência a Menores (SAM, 1941) e Legião Brasileira de Assistência (LBA, 1942). (PILOTTI, 1995, p.67).

O Conselho Nacional de Serviço Social, vinculado ao Ministério da Educação e Saúde, tinha por objetivo “decidir sobre as subvenções às entidades previstas”, Pilotti (1995, p. 67). O Departamento Nacional da Criança atuava na articulação do atendimento às crianças, reunindo os serviços médicos, de prática higienista, com a assistência privada. O SAM estava vinculado ao Ministério da Justiça e aos Juizados de Menores, tendo como atribuições “orientar e fiscalizar educandários particulares,

¹¹ Os casos de alta complexidade são transferidos para o Hospital Infantil Joana de Gusmão, sendo este, referência estadual para a alta complexidade no tratamento infantil no Estado de Santa Catarina.

¹² Expressão usada pelo autor, considerando-se o texto do Código de Menores.

investigar os menores para fins de internação e ajustamento social, proceder a exames médico-psico-pedagógicos”, entre outras. Este foi extinto após o golpe militar de 1964, quando foi criada a Fundação Nacional de Bem Estar do Menor - FUNABEM. A LBA caracterizou-se por prestar serviços de assistência social, visando atender as necessidades materiais e sociais das famílias.

Este modelo de atendimento à criança perdurou até os primeiros anos da década de 1960, quando o país passou a vivenciar, a partir de 1964, o período da ditadura militar, onde as ações do Estado passam a se operar “de forma autoritária em todos os setores da vida nacional” (PILOTTI, 1995, p. 76).

A situação da infância, no entanto, continua merecendo destaque, visto que era expressivo o número de crianças abandonadas ou sendo exploradas nas fábricas, no meio rural. Em 1975 foi divulgado um relatório sobre a situação nacional da infância. O relatório alertava, sobretudo para a questão da criança abandonada, sendo que segundo dados do documento, havia “menores abandonados ou carentes em 87,17% dos municípios” (PILOTTI, 1995, p. 79). O alto índice de abandono era caracterizado, segundo o relatório, pela pobreza em que viviam as famílias.

Em 1979 foi promulgado o novo Código de Menores, sendo que este instituiu que as “condições sociais ficam reduzidas à ação dos pais ou do próprio menor, fazendo-se da vítima um réu e tornando a questão ainda mais jurídica e assistencial” (PILOTTI, 1995, p. 81).

A promulgação da Constituição Federal em 1988 destacou a preocupação com os direitos da criança, visto que os artigos 227, 228 e 229, dispõem sobre as responsabilidades do Estado, da família e da sociedade frente à garantia dos direitos da criança. O direito à saúde está previsto no artigo 227, onde consta que

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, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

O parágrafo 1º do referido artigo dispõe sobre a responsabilidade do Estado em prover “programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente”.

A Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 criou o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, que revogou o Código de Menores de 1979 e regulamentou os artigos da CF que tratam sobre os direitos da criança e do adolescente.

O Estatuto expressa:

a Doutrina da Proteção Integral a qual reconhece a criança e o adolescente como cidadãos; garante a efetivação dos direitos da criança e do adolescente; estabelece a articulação do Estado e da sociedade na operacionalização da política para a infância com a criação dos Conselhos de Direitos, dos Conselhos Tutelares e dos Fundos geridos por esses conselhos; descentraliza a política através da criação desses conselhos em nível estadual e municipal [...]; garante a criança a mais absoluta prioridade no acesso às políticas sociais; estabelece as medidas de prevenção, uma política especial de atendimento, um acesso digno à Justiça. (PILOTTI, 1995, p. 89 e 90)

O direito e proteção “à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” estão previsto no artigo 7º, sendo que tais direitos, passam a ser, com a instituição do ECA, de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado.

O Hospital Universitário, enquanto instituição pública operacionaliza a assistência à criança, visando garantir o direito à saúde. O atendimento à criança se dá mediante o processo de trabalho da equipe multidisciplinar da Unidade de Internação Pediátrica, ressaltando a intervenção do profissional de Serviço Social, com vistas a garantir o atendimento integral aos usuários da UIP.

2.3 O Serviço Social na saúde e a intervenção profissional na UIP/HU.

A intervenção do Serviço Social na saúde é histórica, visto que, já em 1943, o Serviço Social iniciou suas atividades na área da saúde do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo; o assistente social realizava atividades como estudos sociais sobre as condições sócio-econômicas dos pacientes, preparação para a alta hospitalar, organização de campanhas, entre outras atividades (BELINE e ALBUQUERQUE apud NOGUEIRA, 2002).

Posteriormente, instituições como a Legião Brasileira de Assistência - LBA, o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – SENAI e o Serviço Social do Comércio – SESI admitiram os trabalhos dos assistentes sociais em “programas educativos em saúde. Os profissionais também prestavam “orientações sobre higiene e puericultura às famílias dos trabalhadores” (NOGUEIRA, 2002).

Ainda, segundo a autora os assistentes sociais, nas décadas de 1960 e 70, passaram a atuar no Instituto Nacional de Previdência Social, organizando a

demanda para as consultas médicas, a coleta de informações de ordem social para subsidiar o diagnóstico médico, a mobilização comunitária para a reintegração dos pacientes junto à família, ao trabalho e à comunidade, a atuação nos Centros de Reabilitação e a ação educativa-preventiva em pequenos grupos. (NOGUEIRA, 2002, p. 05)

O trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais no INPS tinha ainda por objetivo “fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar em pesquisas médico-sociais”, Bravo (1996, p. 90). Estas atividades passaram a ser desenvolvidas devido à expansão do atendimento médico previdenciário, os profissionais de Serviço Social atuavam em equipes interprofissionais.

As ações desenvolvidas pelo Serviço Social na área da saúde e os espaços a serem ocupados pelos profissionais foram assuntos de debates no 1º Congresso Brasileiro de Serviço Social de Saúde, realizado em 1978. Em uma das palestras do evento, a doença foi enfocada “a partir de relações vividas e, em particular, das relações no seio familiar. A saúde exige a busca [...] de um bem-estar físico, emocional e social” (BRAVO, 1996, p. 104).

Apesar das discussões sobre a prática e as ações desenvolvidas pelo Serviço Social na saúde serem questionadas no Congresso, a prática profissional continuou “rotineira, burocratizada, empiricista, com ênfase na racionalidade e seletividade” (BRAVO, 1996, p. 107). As atividades continuaram focalizadas e “as condições de vida e de trabalho” não foram levadas em consideração enquanto fator determinante para a saúde.

Na década de 1980, quando a saúde ganha um novo enfoque advindo do Movimento da Reforma Sanitária, no qual os profissionais foram integrantes e na

posterior implementação do Sistema Único de Saúde, os espaços de trabalho para o Serviço Social ampliaram-se, principalmente porque as

Mudanças de ordem tecnológica, organizacional e política passaram a exigir novas formas de organização do trabalho de saúde, determinadas pela hierarquização, descentralização e democratização do sistema imprimiram novas características ao modelo de gestão e aos processos de trabalho (COSTA, 2000, p. 41).

Mesmo com a implementação de um modelo de saúde com princípios de atendimento universal, integral, com mecanismos de participação popular e caráter descentralizado, continuou sendo excludente, devido a “precariedade de recursos, a qualidade e a quantidade quanto ao atendimento, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa” (COSTA, 2000, p. 41).

Ainda segundo a autora, o modelo de saúde vigente tornou-se ineficaz, pois as “demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população, como é o caso da habitação, do saneamento, das condições de trabalho, da educação” não se operacionalizam de forma articulada com vistas a garantir o direito à saúde, e é para intervir neste contexto que o assistente social se insere na área da saúde, principalmente em instituições que fazem parte do Sistema Único de Saúde.

No Hospital Universitário, os técnicos do Serviço Social compõem a equipe de profissionais desde a sua inauguração, visto que a participação profissional do Serviço Social no HU foi solicitada pelo diretor da Comissão de Implantação do Hospital, que pretendia realizar trabalho em equipe com os diferentes profissionais e especialistas, objetivando oferecer um atendimento global às necessidades do paciente e seus familiares, contribuindo, assim, para uma assistência ao indivíduo em sua totalidade.

Atualmente, o Serviço Social no HU tem como funções a prestação de serviços concretos e a escuta qualificada, com o objetivo de decodificar os anseios e as angústias da população atendida pelo Hospital. São objetivos do Serviço Social no HU:

- Atender as demandas sócio-assistenciais dos pacientes do HU;
- Favorecer a integração entre os diversos profissionais que prestam atendimento à clientela, garantindo uma abordagem globalizada à pessoa atendida no HU;

- Desenvolver pesquisas que evidenciam fatores intervenientes no processo saúde-doença;
- Favorecer ao paciente condição de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade;
- Favorecer ações educativas de saúde à comunidade universitária e à população atendida (PLANO DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO HU – 2001).

O trabalho realizado pelo Serviço Social representa uma contribuição significativa, visto que considera os aspectos sociais que envolvem o paciente e que interferem no adoecimento, atuando na perspectiva do conceito ampliado de saúde.

A intervenção do Serviço Social no Hospital esta delineada no Plano de Atuação, sendo realizada a partir do planejamento e execução de políticas sociais específicas, viabilizadas na prestação de serviços à população.

Sendo assim, a ação profissional é pautada no Código de Ética da Profissão, Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social (Lei n.º 8.662 de 07/06/1993) e nos princípios e diretrizes das Leis 8.080, de 19/09/1990 e 8.142, de 28/12/1990 (Sistema Único de Saúde), 8.742, de 07/12/1993 (Lei Orgânica da Assistência Social), 8.069, de 13/07/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), 10.741, de 01/10/2003 (Estatuto do Idoso), Decreto n.º 914, de 06/09/1993 (Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência), Política Nacional de Assistência Social, Cartilha dos Direitos do Paciente, entre outras.

A Unidade de Internação Pediátrica, lócus do estágio curricular obrigatório, conta com atuação de uma equipe multidisciplinar, cujo atendimento objetiva garantir o direito à saúde das crianças atendidas na Unidade.

A atuação da equipe se dá na perspectiva de atender o usuário para restabelecer seu estado de saúde; os profissionais aqui descritos como sendo os médicos, enfermeiros, nutricionistas, muitas vezes atuam com ênfase na cura da doença.

No entanto, para que o direito seja efetivado, é necessário considerar os aspectos sócio-econômicos nos quais o usuário está inserido, matéria do Serviço Social que busca subsidiar a equipe de saúde sob este aspecto. Para isso, procura-se trabalhar no sentido da continuidade do atendimento, e isto é possível através da mediação profissional do Serviço Social junto a outras instâncias.

Lima (2004) classifica o processo de trabalho do Serviço Social em Processos Políticos Organizativos, nos quais as ações desenvolvidas são voltadas para a

mobilização e assessoria, através da abordagem individual e coletiva; no Processo de Planejamento e Gestão, de acordo com a autora, as ações referem-se a gestão de recursos humanos, gestão da informação, organização e gerenciamento de programas, projetos e serviços da área de Serviço Social. No Processo Sócio-Assistencial, as ações estão voltadas para a intervenção direta com os usuários, especialmente com famílias e segmentos sociais vulneráveis.

Os eixos de intervenção do Serviço Social

tem como orientação primordial organizar o trabalho profissional de forma a atender os preceitos hoje estabelecidos no projeto ético-político do Serviço Social, oferecendo subsídios à qualificação das ações. Nessa direção, os eixos de intervenção indicados têm como princípio norteador a ampliação da cidadania, visando a garantia e a conquista de direitos através da efetivação e implementação de políticas sociais como real esforço equidade e justiça social. (ALVES, 2004, p. 12).

Na Unidade de Internação Pediátrica as ações desenvolvidas pelo Serviço Social inserem-se nos Processos Sócio-Assistenciais.

De acordo com segundo Lima (2004), os Processos Sócio-Assistenciais dividem-se em:

Ações sócio-periciais: definidas como aquelas que têm por objetivo elaborar parecer que irá subsidiar a decisão de outrem. Na Pediatria do HU o Serviço Social elabora relatórios, laudos e pareceres a serem encaminhados para outras instituições, visto que neste momento está, através da demanda apresentada, elaborando um parecer sobre determinado assunto, sendo que este subsidiará sua resolução. O estudo social é remetido aos Conselhos Tutelares, Prefeituras, Justiça da Infância, conforme a demanda posta.

Ações sócio-educativas: são definidas como aquelas ações em que o profissional e usuários, juntos, buscam alternativas para a demanda apresentada. Podem ser compreendidas como ações sócio-educativas as atividades realizadas pelo Serviço Social quando este busca refletir junto com o usuário sobre os problemas apresentados, buscando alternativas para a resolução destes; quando presta esclarecimentos sobre as rotinas hospitalares, acolhimento aos pacientes e familiares, quando informa pais, mães ou acompanhantes dos pacientes, sobre os direitos previdenciários e trabalhistas. Ainda são prestadas informações sobre os

direitos sociais destes, os princípios do Sistema Único de Saúde, esclarecimentos sobre os Programas Governamentais, como Bolsa-Família, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, entre outros. Muitas vezes ocorrem situações em que há necessidade de regulamentação de documentação civil, reconhecimento de paternidade, entre outras. As famílias são orientadas e encaminhadas quanto aos procedimentos legais para, assim, garantirem seus direitos.

Ações sócio-terapêuticas: são aquelas desenvolvidas diante de situações de sofrimento individual ou grupal. Assim, as ações do Serviço Social desenvolvem-se neste sentido quando buscam trabalhar junto ao usuário as relações de conflitos, de sofrimentos estabelecidos pelo fato de ter um ente familiar internado/doente.

Muitas famílias têm as mães como únicas provedoras do lar, estas apresentam dificuldades em conciliar o trabalho, o cuidado com os filhos, o que ocasiona situação de sofrimento. No caso das famílias recompostas, muitas mães afirmam que os maridos/companheiros, não auxiliam nos cuidados com as crianças, sendo este fator determinante de conflitos familiares. A situação de vulnerabilidade econômica também ocasiona preocupações, visto que, principalmente as mães temem não poder suprir as necessidades básicas da família. Estes fatores acabam por influenciar negativamente no restabelecimento da saúde do paciente.

Ações Sócio-emergenciais: são desenvolvidas no sentido de atender às demandas que se revestem de caráter de urgência. Neste caso, são ações executadas no momento da concessão dos auxílios concretos aos usuários da Unidade. Entendem-se como auxílios concretos os passes de ônibus concedidos aos pacientes e familiares no momento da alta para os que não dispõem de recursos financeiros para arcar com tal despesa, concessão de cestas básicas àquelas que se encontram em situação de vulnerabilidade social, articulação de recursos comunitários.

Cita-se ainda, como integrante da metodologia de trabalho do Serviço Social na Unidade, a realização de entrevistas com familiares ou acompanhantes¹³ de pacientes internados, objetivando realizar estudos sociais, incentivo à participação da família no tratamento do paciente, visando fortalecer os vínculos familiares, com o

¹³ As entrevistas são realizadas com os familiares ou acompanhantes dos pacientes, sendo que muitas vezes as crianças, são acompanhadas durante o período de internação, por vizinhos ou conhecidos da família, visto que os pais nem sempre podem permanecer no HU para acompanhar os

intuito de propiciar ao paciente um ambiente onde este se sinta seguro e bem cuidado; participação na reunião do Intercâmbio¹⁴, mapeamento das interações por procedência e doença.

O profissional de Serviço Social também realiza contatos e encaminhamentos a instituições como Prefeituras, Secretarias de Saúde e Assistência Social, Conselhos Tutelares com o objetivo de solicitar um acompanhamento mais sistemático a alguns pacientes, visando a garantia integral do direito à saúde.

Destaca-se, ainda, o caráter pedagógico da ação do assistente social na UIP, visto ser o HU um hospital escola. Assim, o profissional participa do processo de formação como supervisor de estágio curricular obrigatório e não obrigatório de acadêmicos de Serviço Social, bem como em situações específicas, realiza palestras sobre o processo de trabalho do Serviço Social para outras áreas de formação (enfermagem, medicina, fisioterapia, psicologia), cujos alunos estagiam no HU.

A execução destas ações é de competência do profissional de Serviço Social, visto ser, este, capacitado para atuar nas questões que influenciam as condições de saúde dos usuários que atende. A acumulação de capital, expansão do mercado de consumo, a concentração da renda, o crescente processo de globalização, entre outros fatores que afetam a vida da população, colaboram para o crescimento da demanda por serviços sociais públicos, que se apresentam cada vez mais seletivos, exigindo novas respostas do Serviço Social, especialmente dos grupos vulneráveis economicamente, sendo que estes ficam a mercê da escassez dos serviços públicos prestados pelo Estado, entre eles os serviços de saúde.

Neste contexto é que surgem as demandas para o Serviço Social, que, por sua vez, é requisitado para intervir nestas situações, objetivando reduzir as desigualdades e garantir os direitos dos usuários. Para atuar na defesa dos direitos, visando dar respostas ao desafio apresentado, o profissional, dentro de suas atribuições e competências, precisa desenvolver suas ações em articulação ao projeto ético-político da profissão.

filhos, por motivos de trabalho, por exemplo. Ressalta-se que nos estudos apresentados neste trabalho, as entrevistas foram realizadas com os familiares dos pacientes

¹⁴ Semanalmente a equipe multiprofissional da Unidade realiza a Reunião do Intercâmbio, onde são discutidos os "casos" que demandam mais atenção por parte dos profissionais da UIP. Assim, é realizada a troca de informações e cada profissional, dentro do que lhe atribuído e de suas especificidades, procede aos encaminhamentos necessários.

Iamamoto (2004, p. 24), nos coloca que o profissional de Serviço Social está envolto de desafios e que precisa “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”. Na Unidade de Internação Pediátrica as demandas que se apresentam requerem respostas transformadoras à sua realidade. Muitas vezes os trabalhos são determinados pela instituição onde o profissional está inserido. No entanto este não pode ficar limitado ao âmbito institucional, visto ser o assistente social um profissional

que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Requer, pois, ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional, (IAMAMOTO, 2004, p. 21).

Embora muitas vezes o trabalho seja institucionalizado, o assistente social tem competência para atuar no sentido de intervir na realidade dos usuários, objetivando garantir os direitos destes. Segundo Iamamoto (2002, p. 16), a “competência diz respeito a capacidade de apreciar, decidir ou fazer alguma coisa, enquanto a atribuição é uma prerrogativa, privilégio, direito e poder de realizar algo”.

Sobre as atribuições privativas do profissional de Serviço Social, mesmo quando as atividades são desenvolvidas em “equipes interprofissionais”, Iamamoto (2002, p. 41), coloca que o assistente social “dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações”.

O artigo 4º da Lei 8.662, de 07 de junho de 1993, apresenta as competências do assistente social, sendo importante ressaltar os incisos III, V e XI, onde compete, respectivamente, ao profissional de Serviço Social

encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e a população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Reportando-se ao processo de estágio, ressalta-se que as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social na UIP/HU, principalmente as que levaram a elaboração dos relatórios/estudos encaminhados aos Conselhos Tutelares, são de competência do assistente social, pois, segundo Yamamoto (2002, p. 16) “as competências expressam capacidade para apreciar ou dar resolutividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional, mas a ela concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais”.

Quando da realização dos estudos sociais com os familiares dos pacientes internados na Unidade, e a posterior elaboração e encaminhamento de relatórios aos Conselhos Tutelares, o profissional de Serviço Social objetivava com esta ação e, dentro do que lhe compete, intervir na questão social apresentada pelos usuários, no sentido de garantir os seus direitos, através do acesso à rede de serviços governamentais disponíveis.

3 A ATUAÇÃO DO CONSELHO TUTELAR NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

Este capítulo fará a contextualização do Conselho Tutelar frente à garantia dos direitos da criança, seu papel na rede de serviços públicos, com a atuação numa proposta de atendimento integral, enfatizando o direito à saúde. Para isso será realizado o resgate de alguns casos acompanhados e encaminhados aos Conselhos Tutelares durante a prática de estágio na UIP/HU.

Será realizada a análise da intervenção do Serviço Social, enfocando o atendimento integral. Com isso, pretende-se analisar se os encaminhamentos realizados aos Conselhos Tutelares, garantem, de fato, o acesso aos serviços necessários à recuperação da saúde, e se o atendimento se deu de forma integral, considerando o conceito ampliado de saúde.

Para que esta análise fosse possível foram realizadas visitas aos Conselhos Tutelares de Biguaçu¹⁵ e de Tijucas¹⁶, localizados na região da Grande Florianópolis, visando obter informações sobre os procedimentos efetuados pelos Conselhos Tutelares após o recebimento dos relatórios emitidos pelo Serviço Social da UIP/HU e como está a situação da criança e da família no momento.

3.1 O Conselho Tutelar e a preocupação do Serviço Social em subsidiar informações sobre crianças em situação de vulnerabilidade, visando a continuidade do atendimento.

Os Conselhos Tutelares foram criados em 1990, quando foi instituído o Estatuto da Criança e do Adolescente. Seu objetivo está expresso no artigo 131 da Lei 8.069/90, sendo definido como “órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente”. O Estatuto prevê que todos os municípios brasileiros tenham um Conselho Tutelar, sendo este composto por cinco membros, denominados de

¹⁵ A cidade, localizada a 17 Km de Florianópolis, cujo acesso é dado pela BR 101. Biguaçu se destaca pela produção de artesanatos, especialmente de potes de cerâmica. A economia do município baseia-se na agricultura, pesca, indústria e principalmente serviços.

¹⁶ A cidade de Tijucas fica a 50 Km de Florianópolis, localiza-se no litoral de Santa Catarina, nas margens do Rio Tijucas. A zona rural ocupa 90% da área total do município, sendo cultivados os mais diversificados produtos agrícolas. O município destaca-se, também, pela indústria de cerâmica para revestimentos.

conselheiros tutelares, com mandato de três anos. As atividades desenvolvidas pelos conselheiros se constituem em serviço público e os recursos necessários ao funcionamento dos Conselhos são disponibilizados pelos municípios.

As atribuições dos Conselhos estão previstas no artigo 136, que delimita o atendimento às crianças e adolescentes sempre que os direitos previstos no Estatuto não forem assegurados, e atendimento aos pais ou responsáveis. O Conselho Tutelar pode requisitar, de acordo com o inciso III, alínea “a” do mesmo artigo “serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança” , visando “promover a execução de suas decisões”; “encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente”, entre outras atribuições.

Segundo Blanes; Carvalho e Barreira (1992, p. 09) o Conselho Tutelar é

um espaço que garante o direito das crianças e adolescentes em nível municipal. É um instrumento nas mãos dos cidadãos para zelar, promover, orientar, encaminhar e tomar providências em situações de risco pessoal e social, ou seja, abandono, negligência, exploração, violência, crueldade e discriminação de crianças e adolescentes no município.

As ações dos Conselhos devem estar voltadas para a garantia dos direitos previstos no Estatuto da Criança e Adolescente, ampliando a cidadania, visando a convivência familiar e o acesso a bens e serviços de qualidade e que proporcionem um desenvolvimento digno.

Visando garantir a continuidade do atendimento das crianças após a alta hospitalar, o Serviço Social encaminhou aos Conselhos Tutelares dos municípios de origem dos mesmos relatórios das situações que mais demandavam atenção por parte das políticas de atendimento à criança. A necessidade do acompanhamento pelos Conselhos Tutelares foi detectada através da intervenção profissional realizada pelo Serviço Social da Unidade; esta é sistemática, desde o acolhimento da criança e familiares na Unidade, a entrevista com familiares ou acompanhantes, a conseqüente elaboração dos relatórios situacionais a serem encaminhados a outras instituições, bem como as discussões técnicas com os outros membros da equipe de

saúde. Destaque-se que faz parte da metodologia de intervenção do Serviço Social no HU a visita diária aos leitos, interagindo com familiares e mantendo discussão com os demais profissionais.

Inicialmente, o atendimento na Unidade visa curar a doença, contudo, considerando-se que expressivo número de crianças atendidas são provenientes de famílias vulneráveis e este é um fator determinante do processo de adoecimento, concluiu-se que as mesmas necessitavam de acompanhamento após a alta hospitalar, para que o direito à saúde fosse efetivado e para que fosse possível viabilizar mudanças na situação de vulnerabilidade que vivenciavam.

Diante da prática de estágio pode-se afirmar que os encaminhamentos para mediação e intervenção dos Conselhos Tutelares eram necessários, visto que se haviam esgotado todas as possibilidades de atendimento por parte das Unidades Locais de Saúde, Prefeituras, Secretaria Municipal de Saúde e até do próprio Serviço Social do HU. Ressalta-se que os Conselhos não dispõem de recursos financeiros, porém é o órgão que tem por objetivo garantir os direitos preconizados pelo Estatuto, têm o poder instituído de mediar junto aos gestores a obrigatoriedade destes para com os cidadãos mais vulneráveis.

Em conformidade com os princípios fundamentais do Código de Ética Profissional, o Serviço Social atua na perspectiva de garantir o acesso universal aos bens e às políticas sociais, visando garantir a cidadania, os direitos civis, políticos e sociais, a emancipação dos indivíduos. Assim, os encaminhamentos realizados pelo Serviço Social foram no sentido de viabilizar o acesso aos bens e serviços indispensáveis à continuidade do tratamento.

3.2 Estudo Social – Subsídios à efetivação dos direitos da criança

No cotidiano da intervenção profissional do serviço Social da UIP/HU, elabora-se relatórios, que são posteriormente remetidos para órgãos e/ou instituições, para subsidiar as ações no sentido de garantir os direitos da criança, sobretudo o direito à saúde.

A elaboração dos relatórios difere-se do estudo social pois, segundo Fávero (2003, p. 43), o estudo social

é um processo metodológico específico do Serviço Social, que tem por finalidade conhecer com profundidade, e de forma crítica, uma determinada situação ou expressão da questão social, objeto de intervenção profissional – especialmente nos seus aspectos sócio-econômicos e culturais.

Assim, os relatórios elaborados durante a realização do processo de estágio curricular obrigatório diferem-se de estudo social, pois, foram elaborados a partir da demanda apresentada pela criança ou pela família quando do processo de adoecimento da criança.

Para Miotto (2001, p. 152), o estudo social

é o instrumento utilizado para conhecer e analisar a situação vivida por determinados sujeitos ou grupo de sujeitos [...], ele consiste numa utilização articulada de vários outros instrumentos que nos permitem a abordagem dos sujeitos envolvidos na situação. Tais instrumentos são as entrevistas individuais ou conjuntas, a observação, a visita domiciliar e a análise de documentos.

As entrevistas e a, posterior, elaboração dos relatórios têm por objetivo conhecer a realidade familiar dos pacientes, visando identificar as demandas que necessitam de acompanhamento. Nos casos que serão apresentados posteriormente, foram realizadas entrevistas com familiares e análise dos dados constantes nos prontuários das crianças, ressalta-se que não há a formalização completa do estudo social, visto que não é possível a realização do mesmo devido a amplitude de sua elaboração que exige, entre outras atividades, a visita domiciliar.

Para Fávero (2003, p. 27), quando realiza um estudo social, o profissional de Serviço Social

pauta-se pelo que é expresso verbalmente e pelo que não é falado, mas que se apresenta aos olhos como integrante do contexto em foco. Ele dialoga, observa, analisa, estabelece pareceres, apresentando, muitas vezes, a reconstituição dos acontecimentos que levaram a uma determinada situação vivenciada pelo sujeito.

Estas situações são vividas pelos sujeitos, sendo que a realidade se expressa

por meio da violência social – ou violência da pobreza; por meio da violência interpessoal e intrafamiliar, pela negligência, ausência de trabalho ou trabalho precário, pela ausência ou ineficiência de

políticas sociais universalizantes e redistributivas, situações que muitas vezes são permeadas por conflitos e rompimentos de vínculos na esfera familiar. (FÁVERO, 2003, p. 33).

No caso da intervenção do Serviço Social na UIP/HU, esta se dá no sentido de garantir o direito à saúde, buscando, através dos relatórios realizados, subsidiar o processo interventivo de outros profissionais, procurando compreender e intervir na questão da saúde como um todo.

A partir do estudo social, o profissional de Serviço Social irá realizar a elaboração do parecer social, sendo que este “refere-se à opinião fundamentada que o assistente social emite sobre a situação social estudada”. (MIOTO, 2001, p. 155). Ainda segundo a autora, a emissão do parecer “deverá conter os aspectos mais pertinentes, pois são eles que darão sustentação ao parecer”.

Assim, “a emissão do parecer social deve compreender a relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e do trabalho, ambos historicamente construídos”, (MOREIRA e ALVARENGA, 2003, p. 61). Neste sentido a elaboração do parecer tem por objetivo “viabilizar direitos”. Ressalta-se, ainda, que o “parecer social diz respeito a esclarecimentos e análises, com base em conhecimento específico do Serviço Social, a uma questão ou questões relacionadas a decisões a serem tomadas”. (FÁVERO, 2003, p. 47).

Como citado, a elaboração de estudos e pareceres sociais, são de competência do assistente social, profissional habilitado a intervir nas mais diferentes expressões da questão social. A elaboração do estudo social em saúde visa conhecer a realidade na qual o indivíduo está inserido, com o objetivo de garantir o acesso aos programas de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

A seguir serão apresentados três relatórios situacionais realizados e escolhidos dentre os vários elaborados durante o processo de estágio curricular obrigatório na UIP/HU, sendo que estes irão subsidiar a análise deste trabalho. Foram escolhidos devido a disponibilidade de atendimento por parte dos conselheiros tutelares. Optou-se pelos três estudos por considerá-los um número suficiente para realizar a análise do estudo, uma vez que o curto espaço de tempo disponibilizado para a realização deste trabalho, acabou por inviabilizar a busca pelo resultado dos demais relatórios. Os documentos, na íntegra encaminhados aos Conselhos Tutelares, estão incluídos como anexo.

3.2.1 Relatório Situacional n.º 01

O primeiro relatório refere-se a um menino de 11 meses de idade, procedente do município de Biguaçu, na Grande Florianópolis, que internou no dia 22/12/2005, com diagnóstico médico de Síndrome Diarreica Aguda – SDA e permaneceu internado até 11/01/2006. Durante o período em que ficou no HU a criança permaneceu, a maior parte do tempo, sozinha, ou seja, sem a companhia de familiares, ficando aos cuidados da equipe de enfermagem da UIP. A criança, segundo registros da equipe de enfermagem, chorava muito, demonstrando forte carência afetiva.

A família composta pelo paciente, um irmão, sua mãe, avó materna e o companheiro da avó, viviam, segundo entrevista realizada pela assistente social, em residência localizada próxima à praia, com péssimas condições de saneamento e habitabilidade. A renda familiar provinha do trabalho do esposo da avó, sendo o mesmo catador de papelão. Conforme prontuário médico do paciente, observou-se que a mãe da criança havia sido acometida por depressão após o nascimento do primeiro filho. Buscou tratamento junto a Unidades de Saúde especializadas, porém não deu continuidade ao tratamento indicado, o que ocasionava retorno de fortes crises de depressão. A avó, que trouxe o paciente ao HU, e com quem foi realizada a entrevista pelo Serviço Social, era a responsável pelos cuidados do paciente e também do irmão de dois anos, visto que a mãe das crianças, devido à sua doença, não conseguia administrar os cuidados mínimos aos filhos. Assim, a avó necessitava ficar em casa para cuidar do neto de dois anos e também da filha, razão pela qual não podia permanecer no Hospital como acompanhante do paciente internado.

A criança permaneceu internada durante o período necessário para o restabelecimento de sua saúde, como não recebia visitas de seus familiares, devido ao exposto acima, o Serviço Social contactou o Conselho Tutelar da cidade de origem do paciente para averiguar se a família já estava sendo alvo de acompanhamento do Conselho. A conselheira responsável informou que a família não era acompanhada, assim foi elaborado relatório a partir dos dados coletados na entrevista e os constantes no prontuário, apresentando os problemas vivenciados pela criança e pela família, encaminhando-se o relatório ao Conselho Tutelar, com a solicitação da intervenção deste para o caso, visando assegurar os direitos da criança.

Recebendo o documento, a conselheira tutelar da cidade foi à UIP para melhor se inteirar da situação da criança e saber a data provável para a alta hospitalar, informando que já havia visitado a família do paciente e constatado que a mesma necessitava de acompanhamento sistemático da rede assistencial pública do município.

3.2.2 Relatório Situacional n.º 02

O relatório dois refere-se a uma menina de 4 anos de idade, procedente do município de Tijuca, internada em 24/11/2005, com diagnóstico médico de asma e “tunga penetrans” (bichos-de-pé). Ainda, em exames realizados por solicitação da equipe médica, foi detectada a presença de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. Como metodologia de atendimento, o Serviço Social realizou entrevista com a mãe da paciente, visando conhecer o histórico familiar e sua realidade sócio-econômica.

Em entrevista, a mãe informou que a criança chegou ao hospital acompanhada por uma prima, visto que a mãe, no momento da internação, estava em um cidade próxima à da residência da família, “arrecadando” alimentos para ela e a filha. Ao chegar à sua residência, foi informada que a filha havia sido internada, assim solicitou auxílio a um conhecido para poder chegar até o HU. A mãe disse que ela e a filha moravam em um casarão com mais trinta pessoas, sendo este invadido por moradores locais sem teto. A casa contava com água encanada, contudo o saneamento básico era precário e, por falta de pagamento, o fornecimento de energia elétrica foi interrompido pela empresa de energia elétrica. Afirmou que inúmeros cachorros se “alojaram” na área externa da casa, pois os mesmos são de propriedade de alguns dos moradores do casarão.

A mãe afirmou ser beneficiária de programa governamental Bolsa Família¹⁷, contudo os recursos recebidos são insuficientes para prover as necessidades básicas dela e da filha, motivo que a levava a prática de “pedir” alimentos em casas

¹⁷ Programa de transferência de renda, destinado às famílias em situação de pobreza, com renda mensal de até R\$ 100,00 mensais, que associa à transferência do benefício financeiro o acesso aos direitos sociais básicos – saúde, alimentação, educação e assistência social. O Programa objetiva combater a fome, a pobreza e as desigualdades e promover a inclusão social, contribuindo para a emancipação das famílias beneficiárias.

e no comércio. Alegou que ao chegar ao casarão os demais moradores “roubavam” o que havia arrecadado para vender ou trocar por drogas, sendo que os mesmos também vivenciavam situação de vulnerabilidade econômica e social.

Quando indagada sobre os cuidados com a paciente, a entrevistada afirmou que, geralmente, a criança ficava aos cuidados de uma tia ou de uma prima, afirmando que sempre tentou cuidar da filha, mas diante da situação de vulnerabilidade que vivenciavam, quase não conviveu com a menina devido a suas saídas constantes em busca de recursos, deixando a filha sob os cuidados de terceiros.

Durante a entrevista mesma mostrou-se confusa ao prestar informações sobre a criança, mudando constantemente de assunto, não respondendo às indagações realizadas. Afirmou que suspeitava estar grávida, sendo que tal suspeita foi comprovada posteriormente através de exames laboratoriais.

Diante da situação apresentada e, considerando-se que a doença resultante da infestação de tunga penetrans tem relação com o ambiente físico em que a criança morava, devido à presença de cães e que a presença de DST nos exames realizados levavam à suspeita de a criança ter sido vítima de abuso, foi elaborado relatório da família e encaminhado ao Conselho Tutelar, solicitando acompanhamento.

3.2.3 Relatório Situacional n.º 03

O terceiro relatório refere-se a um menino de um ano e seis meses de idade. A criança foi internada em 06/12/2005, com diagnóstico médico de desidratação, permanecendo até o dia 11/12/2005. O paciente chegou ao Hospital acompanhado de uma tia, sendo esta a responsável pelos cuidados à criança, visto que seus pais trabalhavam em um sítio em cidade próxima da residência da família.

Em entrevista realizada com a mãe do paciente em data posterior à da internação, esta informou que ela e o marido ficam no local de trabalho durante toda a semana, retornando somente nos finais de semana. Informou que a família é composta pelo paciente, a mãe, o pai e os avós paternos; residem em casa própria, com água encanada, energia elétrica e saneamento básico. Que durante a semana, a avó materna e uma tia ficam responsáveis pelos cuidados ao paciente. Quando

indagada sobre a saúde da criança, a mãe informou que duas semanas antes da internação o mesmo apresentou quadro de febre, sendo levado por ela à Unidade Local de Saúde do Bairro em que residem. O menino fora examinado e depois de medicado retornara para casa. Informou que a criança costuma brincar com os primos em rua próxima à residência da família. Sobre o baixo peso da criança, informou que o menino não aceita muito bem as refeições, comendo pouco.

Foi realizado contato telefônico com a Unidade Local de Saúde para troca de informações e também encaminhado relatório ao Conselho Tutelar do município para solicitar acompanhamento mais sistemático à família, visto que havia indícios de negligência para com a criança, pois diante da afirmação da mãe de que o menino não aceita bem as refeições, inferiu-se que o mesmo poderia estar recebendo pouca atenção e estímulo para a alimentação ou que a mesma fosse insuficiente.

Quando se delimitou o tema Integralidade para este trabalho, optou-se por apresentar os três relatórios situacionais citados e, através da pesquisa exploratória, buscou-se resgatar o percurso dos documentos, e de como a equipe dos Conselhos Tutelares tratou cada situação, sendo que os resultados serão apresentados no próximo item.

3.3 Resultado da pesquisa junto aos Conselhos Tutelares

Realizou-se visita aos dois Conselhos Tutelares envolvidos, objetivando analisar se as crianças tiveram ou não atendimento integral por parte das políticas, no sentido de garantir os seus direitos.

Assim, foi utilizada a base teórica da pesquisa exploratória. Esta, segundo Gil (1994, p. 44), tem por intuito

desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. [...] Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso. [...] Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

A pesquisa realizada junto aos Conselhos Tutelares foi embasada pelos estudos encaminhados pelo Serviço Social da UIP/HU, sendo que se constitui de entrevistas com os conselheiros tutelares, sem contato com as famílias envolvidas.

Assim, as informações obtidas nos Conselhos e apresentadas posteriormente, são resultados das entrevistas e informações repassadas pelos conselheiros que acompanharam/acompanham as famílias.

A entrevista pode ser definida “como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formulam perguntas, com o objetivo de obtenção de dados que interessem a investigação”, (GIL, 1994, p. 115). A entrevista realizada com os conselheiros foi a entrevista não estruturada, sendo definida como um “tipo de entrevista menos estruturada possível e só se distingue da simples conversação porque tem como objetivo básico a coleta de dados”. (GIL, 1995, p. 119).

As entrevistas realizadas com os conselheiros tiveram por objetivo obter informações sobre os procedimentos realizados pelos Conselhos, no sentido de garantir os direitos das crianças envolvidas. Ressalta-se que os entrevistados informaram que, para o direito das crianças ser assegurado, bem como às suas famílias, ambas foram atendidas pelas políticas locais, visto que ao Conselho cabe “zelar” pelo cumprimento do disposto no ECA.

Assim, apresentam-se, a seguir, os resultados obtidos junto aos referidos Conselhos.

3.3.1 Relatório Situacional n.º 01 - resultados obtidos junto ao Conselho Tutelar de Biguaçu

A visita ao Conselho Tutelar de Biguaçu foi realizada em 14/06/2006, e, em entrevista com a conselheira que acompanhou o caso, a mesma informou que o menino e a família estavam, no momento da entrevista sendo acompanhados pelo Conselho.

Relatou a conselheira que, no momento em que recebem uma denúncia, ou no caso, um relatório como o encaminhado pelo Serviço Social da UIP/HU, o procedimento inicial é realizar uma visita à família para averiguar a situação. Assim, ao realizarem a visita, constataram que a criança e seus familiares residem em casa

precária, com poucas condições de saneamento e que a mãe dos meninos não tinha condições de cuidar das crianças devido aos seus problemas de saúde. Disse ainda que o menino de dois anos, irmão do paciente, ficava em casa “preso em um pequeno cercado”¹⁸, não podendo sair, pois a residência da família fica muito próxima a praia, e como a mãe encontrava dificuldades em administrar os cuidados com o menino, esta era a justificativa para sua permanência no local.

Ao receber alta, o paciente e seu irmão foram abrigados na Casa Lar do município, sendo que, durante o período de permanência na Casa, foram acompanhados pelo Conselho, saíram do abrigo e retornaram para a residência familiar na segunda quinzena do mês de maio de 2006.

No abrigo, segundo relatos da conselheira, os meninos recebiam os cuidados dos monitores, interagiam com as demais crianças nas brincadeiras organizadas pelos monitores e não freqüentavam creche. Recebiam visitas da conselheira, que afirmou ter sido chamada por algumas vezes, pois os meninos apresentaram problemas de saúde, sendo necessário solicitar o atendimento dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU¹⁹, visto que o menino mais jovem apresentou pneumonia e conseqüente crise respiratória. A medida do abrigamento foi solicitada, provisoriamente, pelo Conselho Tutelar, pois as crianças se encontravam em situação de vulnerabilidade.

Sobre a genitora, informou que a encaminhou ao Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina²⁰ – IPq-SC, para realizar tratamento. Que permaneceu internada por seis dias e, após, foi encaminhada para continuidade do tratamento no Centro de Atenção Psicossocial – CAPs²¹ de Florianópolis, contudo devido à atual fase de reestruturação do sistema de atendimento, foi incluída em lista de espera.

¹⁸ Neste caso pode-se inferir que o profissional ao atender o usuário com vistas a garantir o direito de um dos integrantes da família desvela a situação dramática em que vivem os demais familiares, aqueles que no caso em tela não estavam sob a assistência da equipe da UIP/HU.

¹⁹ O SAMU é um serviço disponibilizado para emergência e urgências da população. É mantido por convênio com as três esferas de governo, conta com equipes de suporte básico até o avançado, dependendo da categoria, oferece desde socorristas treinados até equipes especializadas (médicos, enfermeiros, entre outros).

²⁰ O Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, antigo Hospital Colônia Sant’Ana, foi inaugurado em 1941, com o objetivo de oferecer atendimento a portadores de distúrbios mentais. Passou por transformações em 1995, procurando adequar-se as orientações do Organização Mundial de Saúde, sobre a reforma psiquiátrica, sendo que estas apontavam para a mudança do eixo central do atendimento dos portadores de transtornos mentais, para assistência comunitária.

²¹ Voltado a assistir pessoas com problemas de saúde mental, individual e coletiva. É um serviço extra-hospitalar que tem por objetivo reduzir as internações psiquiátricas.

Assim, foi encaminhada para realizar acompanhamento ambulatorial no Hospital Universitário da UFSC, que oferece serviço de psiquiatria ambulatorial e convênio com o IPq, visto que o HU conta com residência em psiquiatria. No momento da pesquisa a mesma ainda estava realizando tratamento no HU, sendo que as consultas são agendadas via ULS. A conselheira relatou que o estado de saúde da mãe está se restabelecendo, apresentado melhoras consideráveis.

Quando indagada sobre a continuidade no tratamento, visto que anteriormente a mesma não seguia as recomendações médicas, a conselheira informou que realizou um trabalho sócio-educativo com a mãe, buscando refletir com a mesma sobre a importância do tratamento para ela e para os filhos. Relatou que a mãe e a avó do paciente iam com frequência ao Conselho, solicitar a viabilização de visitas às crianças quando do abrigamento destas.

Afirmou que a família, atualmente, é beneficiária de programas governamentais, e que a mãe das crianças foi inscrita em um Programa chamado “Consórcio da Juventude”, destinado aos jovens do município (a mesma tem vinte e dois anos), que visa proporcionar trabalho e renda aos mesmos, no entanto está na lista de espera, pelo fato de ainda não ter concluído o ensino fundamental. Após concluí-lo, iniciará suas atividades no referido Programa.

Quando questionada sobre o fim do acompanhamento, afirmou que o Conselho deixa de fazê-lo, quando as crianças saem da situação de vulnerabilidade.

3.3.2 Relatórios Situacionais n.º 02 e 03 - resultados obtidos junto ao Conselho Tutelar de Tijucas

No dia 19/06/2006 realizou-se a visita ao Conselho Tutelar da cidade de Tijucas, objetivando obter informações sobre os relatórios 02 e 03.

Para o relatório 02, a conselheira entrevistada, afirmou que já tinha conhecimento do caso quando do recebimento do estudo encaminhado pelo Serviço Social da UIP/HU. Relatou que, ao receber alta hospitalar, a menina foi para a casa de uma tia, visto que, quando foi internada, já estava em trâmite um processo pela destituição do poder familiar da mãe, sendo que anteriormente ao encaminhamento do estudo, já haviam outras denúncias de negligência contra a mãe da criança. O Conselho acompanhava a família há certo tempo e, após tomar todas as medidas

visando assegurar os direitos da criança sem obter êxito, solicitou ao Poder Judiciário, que a guarda da criança fosse concedida a uma tia.

Quando indagada sobre o acompanhamento do Conselho, a mesma respondeu que ainda acompanham o caso, pois a menina está sendo assistida pela ULS, através do Programa Estratégia Saúde da Família²², por apresentar quadro de desnutrição e, conseqüentemente, baixo peso. Realiza, ainda, acompanhamento psicológico no Programa Sentinela²³, sendo este solicitado pelo Conselho devido ao fato de a criança ter sido vítima de violência sexual.

Atualmente, a menina está sob os cuidados da tia, não frequenta creche por não haver disponibilidade de vaga, segundo relatos da conselheira. Esta afirmou que, muitas vezes, inserem as crianças e adolescentes do município no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI²⁴, por não haver disponibilidade de vagas em creches, no caso das crianças, ou outros programas destinados aos adolescentes, que se utilizam desta estratégia para oferecerem algum atendimento. Têm avaliado de que não é a melhor opção, mas, diante das demandas do município e da pouca oferta da rede sócio-assistencial, acabam optando por soluções pouco ortodoxas.

Sobre a mãe, relatou que continua morando no referido “casarão”, que seu bebê já está por nascer²⁵ e que não teve nenhum outro acompanhamento por parte das políticas públicas locais, exceto o benefício que recebia do programa Bolsa Família.

Em relação ao relatório 03, a conselheira afirmou que, após receberem o estudo encaminhado pelo Serviço Social da UIP/HU, realizaram visita a família, encontrando na residência da criança a avó, sendo que esta forneceu algumas

²² A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde, com a atenção centrada na família, sendo esta entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em áreas geográficas delimitada.

²³ Programa composto por um número de ações de assistência social, de natureza especializada, destinado ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violências, com ênfase no abuso e exploração sexual, buscando condições que possibilitem o resgate e a garantia dos direitos e acesso aos serviços de assistência social, saúde, educação, justiça.

²⁴ Programa de transferência direta de renda do governo federal para as famílias de crianças e adolescentes envolvidas no trabalho precoce.

²⁵ É temerário afirmar, mas a história de vulnerabilidade e negligência da filha mais velha poderá se repetir com esta outra criança, visto ser esta a quinta gravidez da mãe. A segunda criança foi destituída da mãe tendo sido dada em guarda para a avó paterna; a terceira faleceu aos três meses

informações sobre as rotinas da criança, apresentando-se como responsável pelos cuidados com a mesma. Depois de verificada a situação, a conselheira solicitou acompanhamento por parte da ULS, através do Programa Estratégia Saúde da Família (o Serviço Social da Pediatria, já havia solicitado tal acompanhamento). Tal reforço se fez necessário devido ao fato da criança apresentar quadro clínico de desidratação, onde se pôde inferir que a família necessita de uma atenção mais específica.

A conselheira informou que o Conselho ainda realiza acompanhamento à família e que a mãe da criança, atualmente, está sem trabalho, dispondo de mais tempo para os cuidados com o menino. As visitas de acompanhamento por parte do Conselho são realizadas quinzenalmente, e cessará quando a criança sair da situação de vulnerabilidade em que se encontra.

3.4 Análise da pesquisa junto aos Conselhos Tutelares – A integralidade se efetivou?

É possível observar pela apresentação dos encaminhamentos dados aos estudos pelos respectivos Conselhos Tutelares que as crianças foram e continuam sendo atendidas no sentido de terem seus direitos efetivados.

No entanto, pela fala dos conselheiros, sobretudo do município de Tijucas, conclui-se que as políticas ainda são falhas, pois oferecem atendimento focalizado, muitas vezes não considerando o indivíduo como um todo. Os municípios não dispõem de políticas públicas que atendam as famílias na totalidade, assim estas ficam a mercê de atendimentos pontuais.

No relatório n.º 01, através da solicitação encaminhada ao Conselho, os responsáveis constataram que uma segunda criança estava tendo seus direitos violados, assim, para resguardá-las, as mesmas foram abrigadas visando assegurar seus direitos e instituir mudanças no seu cotidiano.

O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê, no parágrafo único do artigo 100, que “o abrigo é medida provisória e excepcional”. Neste caso, as crianças foram para a Casa Lar, pois sua mãe não dispunha de condições emocionais e

de idade em decorrência da vulnerabilidade da família e a quarta também têm a avó paterna como guardiã.

físicas para cuidar dos mesmos; retornaram para a residência na segunda quinzena de maio do corrente ano, tão logo a mãe apresentou melhoras de saúde.

A mãe dos meninos, após ser atendida em duas instituições, conseguiu dar continuidade ao tratamento e, pela avaliação da conselheira, atualmente dispõe de condições para administrar os cuidados com os filhos, de onde se apreende que a soma das intervenções profissionais, aliadas ao aporte assistencial oferecido pelas políticas públicas disponíveis no município, propiciou à família condições para mudança da realidade em que viviam, porém isto ainda se apresenta de forma insuficiente.

A afirmativa tem base no que preconiza a Política Nacional de Assistência Social – SUAS, através da assistência social e as Proteções Afiançadas, às quais elenca-se: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial.

A Proteção Social Básica

tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (SUAS, 2004).

E a Proteção Social Especial

é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas [...], entre outras. (SUAS, 2004).

Tais medidas de proteção, quando efetivamente implantadas irão oportunizar atendimento integral às famílias vulneráveis, indo ao encontro do princípio da integralidade, isto é, atendendo os indivíduos em sua totalidade, através da integralidade ampliada.

No caso do relatório situacional n.º 02, a mãe da criança não dispunha de condições materiais para cuidar da filha e a situação de vulnerabilidade vivenciada pela família teve reflexos negativos sobre a saúde da menina. O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê, em seu artigo 23, que “a falta de recursos materiais não

constitui motivo suficiente para a perda ou suspensão do pátrio poder”. No entanto a destituição do poder familiar foi caracterizada pela negligência da mãe. Atualmente, a criança continua sob a guarda da tia e, pelos relatos da conselheira, está sendo atendida integralmente pelas políticas no sentido de ter seus direitos assegurados.

O princípio da integralidade prevê atendimento coletivo, no entanto ele está sendo oferecido de forma individual, onde a menina é o foco do atendimento, contrariando o que preconiza o inciso II do artigo 7º da Lei 8.080/90, já citado anteriormente. Este prevê atendimento “individual e coletivo”, sendo que neste caso a mãe também necessitava de atendimento por parte das políticas. Entende-se que, se a mãe não dispunha de condições para promover sua própria saúde, não teria como promover a saúde da filha.

Assim, cabe reportar-se a Albuquerque e Stolz (2004, p. 263), no que se refere a integralidade, onde afirmam que as ações devem “atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde”, enfatizando a necessidade do atendimento coletivo, fortalecendo o que se entende por integralidade ampliada, onde cada política deverá desenvolver suas atribuições tendo como objetivo garantir o direito à saúde.

No relatório 03, a criança é acompanhada pela ULS, do Bairro onde residem, sendo este o único atendimento que a família recebe no momento. Neste caso, conclui-se que a criança recebe atendimento, porém a família continua vivenciando a mesma situação de vulnerabilidade, sendo este um fator negativo no que se refere a promoção e prevenção da saúde.

A saúde das três crianças atendidas foi determinada pelas condições em que vivem as respectivas famílias. Conforme exposto anteriormente neste trabalho, no caso específico da UIP/HU, as crianças atendidas na grande maioria são portadoras de sociopatias, isto é, apresentam doenças decorrentes da situação de vulnerabilidade em que vivem.

As sóciopatias são associadas aos Determinantes Sociais em Saúde, sendo estes os “elementos de ordem econômica e social que afetam a situação de saúde de uma população: renda, educação, condições de habitação, trabalho, transporte, saneamento, meio ambiente” (RADIS, n.º 45, 2006, p. 11). Recentemente foi criada no Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde – CNDS - com o objetivo de “propor políticas eficientes baseadas em pesquisas fincadas na

realidade para combater as desigualdades”. A desigualdade na distribuição de renda é uma dos fatores que contribuem negativamente sobre a saúde.

Nos três relatórios evidenciados é possível inferir que o atendimento sob a ótica da integralidade se efetivou, mas não considerou a totalidade e não foi viabilizado pela integração das políticas públicas. Estas, como já explicitado, se apresentam muitas vezes de forma focalizada. Nos Conselhos Tutelares os profissionais se deparam no dia-a-dia com precariedade e más condições de trabalho, escassez de recursos, programas e projetos do poder público (nas três esferas do governo) insuficientes para a demanda dos usuários, tendo que recorrer à criatividade e ao “jeitinho brasileiro”, como no caso da menina encaminhada ao PETI, contribuindo com dados inverídicos nas estatísticas do trabalho infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nestes quase dezoito anos da promulgação da Constituição federal de 1988, não há como negar que a maior conquista foi a do direito à saúde e ao acesso a serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. Contudo, há muito ainda por se concretizar, implementar e fortalecer, em especial ações voltadas à redução da exclusão social em saúde.

As diversas iniciativas ministeriais no atual governo federal explicitam o objetivo de expandir a atenção integral, através de mudanças estruturais e capacitação de recursos humanos (profissionais, gestores e conselheiros de saúde).

No entanto, a política macroeconômica foi mantida tal qual a direcionavam os governos anteriores e as políticas sociais ainda de apresentam fragmentadas e sob o jugo da lógica econômica. A seguridade social permanece segmentada nas três políticas: saúde, assistência social e previdência social.

Há iniciativas de inovação na gestão da saúde, dentre estas o retorno da concepção de Reforma Sanitária, que nos anos 90 havia sido abandonada, alterações na estrutura organizacional do Ministério da Saúde, convocação extraordinária da XII Conferência Nacional de Saúde em dezembro de 2003, fortalecimento do Conselho Nacional de Saúde com a participação do Ministério da Saúde nas reuniões do Conselho e a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde que busca fomentar a formação e qualificação dos recursos humanos para a área.

A crescente demanda pelo aprimoramento da capacidade gerencial dos serviços de saúde surge como resultado dos problemas apresentados no contexto da saúde pública, levando-se em consideração diversos fatores que influenciam a sociedade atual. Há pontos-chaves que traduzem a situação dos serviços de saúde: cobertura insuficiente, reduzido grau de satisfação por parte dos usuários e dos próprios trabalhadores e, como consequência de tudo isto, o elevado custo/benefício do sistema em seu conjunto.

A questão dos recursos humanos para o SUS é um ponto de estrangulamento do sistema e há emergência na qualificação e re-qualificação, visto que a atenção integral exige um novo olhar para o usuário por parte dos profissionais; a apreensão do conceito ampliado de saúde e ações profissionais nesta lógica.

Há, ainda, uma ênfase em programas “focais” (como o Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários, farmácias populares, serviços de urgência e emergência, dentre outros) que não atendem às demandas e às peculiaridades culturais, econômicas e geográficas do país. Outro ponto a destacar é que o princípio da integralidade, juntamente com o SUS é uma construção coletiva e que demanda a participação dos atores envolvidos nas políticas públicas. Estas são razões para acreditar que a implantação do SUAS e a efetivação do SUS em todos os municípios brasileiros irá em muito contribuir para que a integralidade se firme como princípio e seja efetivada de fato, uma vez que se faz necessária a inter-relação entre as políticas da seguridade social.

Uma política não basta em si mesma e a interface entre as três, efetivará a Proteção Social no Brasil de forma integrada, garantindo sustentabilidade e compromisso para com os demandatários. Neste ponto, concorda-se com MIOTO, (2000, p. 221), pois “os cuidados sociais às famílias e segmentos sociais vulneráveis prevêm propostas e ações em vários níveis que estejam em contínua comunicação, para que possam ser atendidas as reais demandas desta população”.

Assim, o trabalho do assistente social precisa estar voltado à garantia do direito à saúde sob a ótica da integralidade ampliada. Neste sentido as ações dos profissionais de Serviço Social devem viabilizar o acesso aos serviços visando a promoção e prevenção da saúde dos usuários, sistematizando o trabalho e implementando ações que fortaleçam a participação popular nas decisões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. STOTZ, Eduardo Navarro. **A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade.** Disponível em <http://www.interface.org.br>, acesso em 01/06/2006.

ALVES, Francielle Lopes. **Participação e Gestão Democrática das Políticas públicas: A inserção e os desafios do trabalho do assistente social nos Conselhos de Saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso. DSS/CSE/UFSC, 2004.

Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Disponível em www.uff.br/ge/Anais-IX.rtf, acesso em 19/06/2006.

BLANES, Denise Neri; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de; BARREIRA, Maria Cacília Roxo Nobre. **Trabalhando Conselhos Tutelares.** Ed. Perdizes, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: MS, 2002. Disponível em www.saude.gov.br, acesso em 19/06/2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, Novembro de 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** Cortez Editora – Editora UFRJ – 1996.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (org.). **Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde.** 1ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

Código de Ética Profissional. In: Conselho Regional de Serviço Social – 11ª Região, PR. **Coletânea de Legislações: Direitos e Cidadania.** Curitiba: 2003.

COHN, Amélia; NUNES, Edson; JACOBI, Pedro; KARSCH, Ursula S. **A saúde como direito e como serviço.** 2.ed. – São Paulo: Cortez, 1999.

Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. In: Conselho Regional de Serviço Social – 11ª Região, PR. **Coletânea de Legislações: Direitos e Cidadania**. Curitiba: 2003.

COSTA, Maria Dalva Horácio de. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) Assistentes Sociais**. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, ano XXI, n.º 62, mar. 2000.

PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de. **Cuidado e Integralidade: Vida, conhecimento, saúde e educação**. Disponível em <http://www.lappis.org.br>, acesso 25/05/2006.

FÁVERO, Eunice Terezinha. O estudo social – fundamentos e particularidades de sua construção na área judiciária. In: **O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos**. CFESS (org.). São Paulo. Cortez, 2003.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de pesquisa social** / Antônio Carlos Gil. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 1994.

Histórico do Hospital Universitário, disponível em www.hu.ufsc.br, acesso em 18/09/2005.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 7ª edição. São Paulo. Cortez, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade**. Caderno de texto. CFESS. Brasília/DF. 2002.

KELL, Maria do Carmo Gomes. **Integralidade da Atenção à Saúde**. Disponível em <http://www.opas.org.br>, acesso 01/06/2006.

Lei da Saúde – Lei n.º 8080/90. In: In: Conselho Regional de Serviço Social – 11ª Região, PR. **Coletânea de Legislações: Direitos e Cidadania**. Curitiba: 2003.

Lei de participação e gestão do SUS – Lei n.º 8142/90. In: Conselho Regional de Serviço Social – 11ª Região, PR. **Coletânea de Legislações: Direitos e Cidadania**. Curitiba: 2003.

Lei de Regulamentação da profissão. Lei 866/93. In: Conselho Regional de Serviço Social – 11ª Região, PR. **Coletânea de Legislações: Direitos e Cidadania**. Curitiba: 2003.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de. **Serviço Social e Intervenção Profissional**. Florianópolis: UFSC, 2004.

LUZ, Madel T. Políticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (org.). **Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MATTOS, Rubens Araújo de. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (org.). **Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Políticas de Saúde no Brasil dos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org.) **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudanças das Práticas sanitárias do SUS**. São Paulo: HUCITEC – ABRASCO, 1995.

MIOTO, Regina. Célia. Tamoso. Cuidados sociais dirigidos às famílias e segmentos sociais vulneráveis. In: **Capacitação em Serviço Social e política social**. Módulo 04. – O trabalho do assistente social e as políticas sociais – Brasília: Unb, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

MIOTO, Regina Célia Tamoso. Perícia Social: proposta de um percurso operativo. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo; Cortez, 2001.

MOREIRA, Marinete Cordeiro; ALVARENGA, Raquel Ferreira Crespo de. **O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos**. CFESS (org.). São Paulo. Cortez, 2003.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O Serviço Social na Saúde**. Caderno de textos. CRESS, 12ª Região. SC. Florianópolis. 2005.

RADIS, Comunicação em Saúde. N.º45, Maio de 2006. Editora Fiocruz.

Revista da Associação Médica Brasileira. Disponível em www.scielo.br, acesso em 12/07/2006.

RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. (org.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.** Rio de Janeiro, Instituto Interamericano Del Niño, Editora Universitária Santa Úrsula, Amais livraria e Editora, 1995.

Situação Mundial da Infância e Situação da Infância Brasileira, disponível em www.unicef.org, acesso em 25/05/2006.

WESTPHAL, M. F. e ALMEIDA, E. S. (org.) **Gestão e Serviços de Saúde: Descentralização/Municipalização do SUS.** São Paulo. HUCITEC. ABRASCO, 1995.

Anexo A – Relatório Situacional n.º 01

Anexo A – Relatório Situacional n.º 01



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

Do. Serviço Social da Pediatria do HU

Para. Conselho Tutelar de Biguaçu (Conselheira A..... P.....)

Florianópolis, 19 de janeiro de 2006.

H..... F....., 11 (onze) meses, residente e domiciliado na R..... J..... F..... do A....., n.º, B..... J..... J....., cidade de Biguaçu, internou neste Hospital no dia 22/12/2005, com diagnóstico médico de Síndrome Diarréico Aguda.

A criança passa a maior parte do tempo sem acompanhante, sendo a equipe de enfermagem, a principal responsável pelos cuidados com H..... Segundo registros do prontuário médico do paciente, o mesmo chegou ao hospital em companhia da avó materna.

A mesma foi entrevistada pela assistente social do plantão e segundo os relatos da entrevista a avó informou que a família, residente no endereço acima, é composta por cinco membros, sendo o paciente, um irmão do paciente de 02 (dois) anos de idade, a mãe das crianças e os avós maternos. Durante a entrevista a avó relatou que a renda familiar é proveniente do trabalho de seu marido, sendo que o mesmo é catador de papelão.

Sobre os cuidados com o paciente, a entrevistada informou que sua filha G..... F....., (a mãe do paciente), tem 22 (vinte e dois) anos de idade e encontra dificuldades em administrar os cuidados com os filhos, devido ao forte estado de depressão que a acometeu após o nascimento do primeiro filho, há dois anos. Relatou ainda que G..... a já foi internada por duas vezes no Instituto de Psiquiatria de São José para realizar tratamento médico, todavia, seu estado de saúde não se restabeleceu, visto que a mãe do paciente, após receber alta não dá

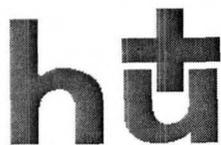
continuidade ao tratamento proposto, o que dificulta a sua total recuperação. Sendo assim, a avó informou que tenta cuidar das crianças, porém sua filha, não permite.

Segundo a equipe médica desta Unidade, a alta hospitalar do paciente está prevista para os próximos dias, sendo assim, solicitamos que o Conselho Tutelar tome as medidas cabíveis ao caso, para que a criança tenha seus direitos assegurados.

Ana Sílvia Simon
Estagiária de Serviço Social – 7ª fase

Carmen Lúcia Blasi Villari
Assistente Social – CRESS 0587

Anexo B – Relatório Situacional n.º 02

Anexo B – Relatório Situacional n.º 02

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA**

Do. Serviço Social da Pediatria do HU

Para. Conselho Tutelar de Tijucas

Florianópolis, 07 de dezembro de 2005.

L..... M....., 04 (quatro) anos, residente e domiciliada na R..... A..... S..... R....., s/n, cidade de Tijucas, internou neste hospital no dia 24/11/2005, com diagnóstico de asma e tunga penetrans, conforme relato médico em anexo.

A criança chegou ao hospital acompanhada por uma prima, sendo que a mesma não soube informar onde estava a mãe no momento em que a criança foi internada. A mãe ficou sabendo da internação horas mais tarde, sendo que veio ao hospital acompanhada por um conhecido. Em entrevista realizada pelo Serviço Social da Pediatria com a mãe da paciente, esta informou que havia deixado a criança aos cuidados de uma sobrinha (mãe não soube informar a idade da sobrinha) para ir até uma cidade vizinha conseguir arrecadar comida para ela e a filha. A mesma informou que ela e a paciente moram em um “casarão” no centro da cidade de Tijucas, com mais trinta pessoas. Relatou que na referida casa não tem energia elétrica. Disse que a residência possui água encanada e que as pessoas que ali vivem não pagam as despesas com a energia e por isso o fornecimento foi interrompido. A mesma mostrou-se confusa ao dar outras informações sobre as condições de moradia.

A mãe disse que a família vive de doações que arrecada em casas e lojas comerciais, em cidades vizinhas a Tijucas, sendo que, no momento em que chega no “casarão” com as doações arrecadadas as pessoas que ali moram “roubam” seus alimentos para vender ou trocar por drogas. Afirmou ainda, que quando precisa sair

deixa a criança aos cuidados de uma sobrinha e de uma tia, já que as mesmas também residem no referido casarão.

A entrevistada ficava confusa ao responder aos questionamentos realizados, repetindo, várias vezes, a história da internação de L..... A mãe, por várias vezes chamou a atenção da paciente, quando esta fazia alguma coisa que a desagradava, falando em tom alto com a menina o que a deixava com aparência de medo. A mãe informou que o pai da paciente é morador do casarão, e usuário de drogas. Durante a entrevista a mesma disse que suspeitava que estaria grávida, sendo que tal suspeita se confirmou após a realização de exames laboratoriais.

Sobre a paciente temos a informar que ela chegou ao hospital com seu quadro clínico bastante debilitado, sendo que demonstrava-se triste e abatida, não atendendo aos questionamentos realizados. O estado de saúde de L..... evolui consideravelmente, haja vista que no decorrer do período de internação a menina mostrou-se mais feliz, sendo que passou a brincar com outras crianças internadas e também passou a atender alegremente aos chamados da equipe de saúde, além de fazer questionamentos, principalmente dirigidos a mãe, quanto aos procedimentos realizados.

Conforme informações de equipe médica, através de exames realizados com a paciente, constatou-se a presença de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST, conforme relato médico, em anexo. Em reunião da equipe multidisciplinar realizada em 06/12, chegamos ao consenso que a criança ao ter alta, estaria sendo negligenciada se retornasse ao casarão em companhia de sua mãe P..... M.....

Portanto enviamos este relatório, junto com o da Psicologia e Medicina, em caráter de urgência, para que o Conselho Tutelar adote imediatamente as medidas cabíveis para que a criança tenha seus direitos assegurados.

Aguardando providências urgentes, subscrevemo-nos atenciosamente,

Ana Sílvia Simon
Estagiária de Serviço Social – 7ª fase

Carmen Lúcia Blasi Villari
Assistente Social – CRESS 0587

Anexo C – Relatório Situacional n.º 03

Anexo C – Relatório Situacional n.º 03

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
UNIDADE DE INTERNÇÃO PEDIÁTRICA**

Do. Serviço Social da Pediatria do HU

Para. Conselho Tutelar de Tijucas

Florianópolis, 12 de dezembro de 2005.

C..... K..... S..... C....., 01 ano (um) e 06 (seis) meses, residente e domiciliado na R..... S..... J....., n.º....., B..... P....., Tijucas, internou neste hospital no dia 06/12/2005, com diagnóstico de desidratação, conforme relato médico em anexo, permanecendo internado até o dia 11/12/2005.

Em entrevista realizada com a mãe do paciente no dia 07/12/2005, a mesma relatou que a criança fica aos cuidados da avó e de uma tia, durante o período em que ela e o marido estão no trabalho (ambos trabalham em um sítio no município de Biguaçu). A mãe informou que ela, o marido e o paciente, residem na casa dos avós maternos da criança. Informou que a família mora em casa própria, sendo que a mesma possui energia elétrica e saneamento básico.

Disse que o paciente costuma brincar na rua, próximo a casa da tia, junto com os primos. Sobre a alimentação do filho, informou que a tia e a avó são responsáveis pela administração das refeições da criança, visto que a mãe e o pai ficam no trabalho durante todo o dia.

Informou que o filho teve febre alta duas semanas antes de ser internado no HU. Quando questionada sobre o que foi feito, a mãe informou que levou o menino a Unidade de Saúde do Bairro onde moram. Disse que a criança foi medicada e encaminhada para casa. Relatou que no momento em que o menino foi internado no HU, estava no trabalho, não sabendo informar maiores detalhes sobre a internação da criança.

Diante do exposto, solicitamos acompanhamento do Conselho Tutelar.

Ana Sílvia Simon
Estagiária de Serviço Social – 7ª fase

Carmen Lúcia Blasi Villari
Assistente Social – CRESS 0587