


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

**AS CONTRIBUIÇÕES DAS INSTITUIÇÕES ASSISTÊNCIAIS
PARA O SERVIÇO SOCIAL NA DIVISÃO DE PEDIATRIA
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - FLORIANÓPOLIS SC**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina
para a obtenção do título de Assistente
Social pela acadêmica:**

Aprovado Pelo DSS
Em 12/12/94


Marly Venzon Tristão
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

JAMILE ARAÚJO YARED

Florianópolis(SC), novembro de 1994

**“Não basta que seja pura e justa a
nossa causa. É necessário que a pureza
e a justiça existam dentro de nós.”**

Che Guevara

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Nelson e Heloisa pelo amor, dedicação e compreensão. Compartilho com vocês mais esta conquista.

Ao Guillermo pelo apoio em todos os momentos e ao nosso filho desde já muito amado.

A minha amiga Marineuza pela amizade e por todos os momentos de convivência compartilhados.

Às amigas: Andréa, Djeane, Maridiani, Nívia, Neide, Noemi, Tayana e Roberta pelos laços de amizade que nos uniram na vida universitária.

À professora Ivete Simionato, pela sua compreensão e disponibilidade em orientar-me na elaboração deste trabalho.

À Assistente Social Carmen Lúcia Blasi Villari pela oportunidade de realizarmos este estágio.

A usuários, equipe da Divisão de Pediatria e demais funcionários do Hospital Universitário.

A todos aqueles que direta ou indiretamente colaboraram na consecução deste projeto.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	01
CAPÍTULO I O SERVIÇO SOCIAL NA DIVISÃO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E SUA RELAÇÃO COM A POLÍTICA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA	
1.1 OS USUÁRIOS E O ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL.....	04
1.2 PROJETO DE PESQUISA.....	20
CAPÍTULO II O SERVIÇO SOCIAL E AS REDES DE ATENDIMENTO À SAÚDE	
2.1 OS SERVIÇOS PRESTADOS NA REDE DE ATENDIMENTO À SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS.....	25
2.2 ATENDIMENTO À SAÚDE: DEMANDAS E RESPOSTAS INSTITUCIONAIS.....	47
2.3 DA NECESSIDADE À CONQUISTA DA CIDADANIA.....	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
BIBLIOGRAFIA	81
ENTREVISTAS	85
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

"A nova realidade não é saturada de possibilidades. Ao contrário. É saturada de carências"

José de Souza Martins

Este trabalho é o resultado de nossa experiência do estágio curricular, o qual ocorreu durante o período entre março de 1993 a junho de 1994, e foi realizado na Divisão de Pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

A escolha do tema tem por objetivo abordar: "As Contribuições das Instituições Assistenciais para o Serviço Social da Divisão de Pediatria do Hospital Universitário de Florianópolis". A partir do cotidiano de estágio, vimos emergir a necessidade de um conhecimento mais aprofundado das instituições assistenciais, como também, do usuário do Serviço Social. Esta problemática levou-nos a realizar um projeto de pesquisa para averiguar estas instituições, bem como, o atendimento ao usuário nas redes de saúde do município de Florianópolis.

O presente trabalho foi ordenado da seguinte forma:

O **Capítulo I** apresenta dados sobre a realidade brasileira, a questão da exclusão e a luta da população pela sobrevivência. Aborda ainda aspectos das políticas sociais do Estado Capitalista e as formas que este utiliza para atender os problemas sociais. Esta questão toma dimensões maiores na área da saúde, conforme vivenciamos na realidade do Hospital

Universitário e na prática cotidiana do Serviço Social frente aos usuários. Além disto, neste capítulo, apresentamos uma caracterização do projeto de pesquisa, seus objetivos e metodologia.

O **Capítulo II** trata da rede de atendimento à saúde e de que forma a política de saúde vem se desenvolvendo na prestação de serviços e nos modelos de assistência nas esferas federal, estadual e municipal. Apresentamos, também, os resultados da pesquisa em relação às instituições assistenciais, suas práticas, projetos e políticas de ação. Concluímos este capítulo com uma pequena tematização sobre o processo de construção da cidadania dos "excluídos" na sociedade contemporânea e os mecanismos existentes para tal.

Finalmente, apresentamos as considerações finais e a bibliografia consultada.

Esperamos que este trabalho seja uma fonte de informação aos profissionais e estudantes, como também aos usuários e instituições que possibilitaram a realização desta experiência.

CAPÍTULO I

O SERVIÇO SOCIAL NA DIVISÃO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E SUA RELAÇÃO COM A POLÍTICA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA

1.1 OS USUÁRIOS E O ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

No Brasil, vivemos uma série de conflitos nas áreas social, política e econômica. São mais de 30 milhões de pessoas passando fome e vivendo em condições subumanas. O índice de desemprego é cada vez mais agravante. No tocante à saúde, os serviços prestados não atendem a demanda. No que se refere à educação, a escola pública cada vez mais apresenta-se com índices de reprovação; cerca de 78% dos alunos deixam a escola na 3ª série do 1º grau (DIEESE, 1991). Enfim, não há investimentos suficientes na qualidade e nos serviços básicos prestados à população.

A questão da pobreza, a existência de população carente à margem do acesso às condições de vida mínima são conseqüências do modo de produção capitalista, da forma como se estrutura o desenvolvimento econômico do nosso país. Nesta conjuntura econômica, percebemos a distância entre as minorias abastadas e as massas miseráveis, sendo que estas são privadas de um mínimo de bens necessários à sua conservação. A “massa dos miseráveis” é marcada pela exclusão, pobreza e subalternidade. Esta pobreza é o produto de um padrão de desenvolvimento capitalista e que convive com a acumulação e a miséria. Segundo um relatório divulgado pelo Banco Mundial em julho de 1990, um bilhão de pessoas vivem abaixo da linha de pobreza no terceiro mundo.

"A pobreza é uma face do descarte de mão-de-obra barata, que faz parte da expansão do capitalismo brasileiro contemporâneo. Expansão que cria uma população sobrando, cria o necessitado, o desamparado e a tensão permanente da instabilidade na luta pela vida a cada dia"

(Yazbek, 1993:63).

Num sistema social onde a maioria da população está submetida ao capital, onde esta tem apenas sua própria força de trabalho para garantir sua subsistência, quanto menor o salário mais o trabalhador se verá forçado a prolongar sua jornada de trabalho, para aumentar seus rendimentos e atender às suas necessidades básicas.

"A luta pela sobrevivência tem sido a principal preocupação de mais da metade da população brasileira. A população é pressionada a compensar a queda do poder aquisitivo do salário, cria artifícios de suplementação de renda, que por um lado a impede de descer a níveis abaixo do limite de sobrevivência, por outro, prejudica o seu potencial produtivo, acentuando as desigualdades" (Pereira & Paiva, 1981).

Percebemos que na sociedade capitalista, a força de trabalho sofre a tendência de ser paga abaixo de seu valor, havendo um processo de autovalorização, acumulação e desenvolvimento do capital, através da exploração do trabalho excedente ou da mais-valia. Evidenciamos esta situação com os dados do DIEESE (1991), onde 23% da população que trabalha, ganha um quarto de salário mínimo.

Como os salários não satisfazem as necessidades do trabalhador, o Estado intervém para atender as reivindicações do mesmo, nas questões ligadas à saúde, transporte, educação, habitação, e outras que constituem suas necessidades básicas. O Estado procura amenizar as carências surgidas do conflito entre capital e o trabalho através da implantação de políticas sociais. Estas políticas vêm suprir, em parte, as necessidades que o salário deixa de atender, possuindo todo um aspecto apaziguador e de ocultamento das desigualdades que o sistema gera para a população excluída.

Conforme afirma Sposati (1988:11):

"As políticas sociais brasileiras, e, nelas, as de assistência social, embora aparentem a finalidade de contenção da acumulação da miséria e sua minimização através da ação de um Estado regulador das diferenças sociais, de fato não dão conta deste efeito. Constituídas na tela dos interesses que marcam as relações de classe, as políticas sociais brasileiras têm conformado a prática gestonária do estado, nas condições de reprodução da força de trabalho, como favorecedoras, ao mesmo tempo, da acumulação da riqueza e da acumulação da miséria social"

As políticas sociais refletem as contradições entre o processo de reprodução da força de trabalho, tornando o Estado o interlocutor das demandas sociais, bem como, o agente indutor das políticas que regulam a dinâmica geral da sociedade.

"As políticas sociais nascem e se desenvolvem como parte de uma estratégia de intervenção e controle do Estado sobre as classes dos trabalhadores para o enfrentamento dos problemas sociais. Deve, portanto, ser compreendida na ótica do processo de desenvolvimento capitalista, que configura o Estado Brasileiro como guardião

do capital e normalizador da ordem social”.

(Oliveira, 1989:26)

As condições de vida da população dependem da quantidade e qualidade dos serviços disponíveis. Estes, por sua vez, podem ou não contribuir para que a população consiga suprir suas necessidades, como saúde, educação, etc.

Nesse sentido, as políticas sociais se constituem como mediadoras que dão acesso aos trabalhadores aos bens e serviços da sociedade, apresentando-se, então, como estratégias do Estado, mediante as quais se produzem e reproduzem as contradições de classe e a intensidade das lutas políticas. Assim, como forma de compensar a exclusão econômica e política da classe dominada, o Estado capitalista procura garantir uma distribuição de benefícios e o atendimento às necessidades dos trabalhadores, mesmo que sejam opostos aos interesses do capital.

Tais políticas, no entanto, não ocorrem somente a partir de uma posição monolítica do Estado, mas também pela luta e pressão da classe trabalhadora. Isto porque o Estado apresenta-se em caráter contraditório, pois mediatiza as relações sociais a partir da correlação de forças que estabelece com a sociedade civil. Assim, ele não defende apenas os interesses da classe dominante, mas também incorpora interesses das classes subalternas. Tais interesses se expressam contraditoriamente, pois não devem pôr em risco o poder da classe dominante.

Existem muitos exemplos que mostram como se tem instrumentalizado certos setores, tradicionalmente chamados sociais, em função dos interesses econômicos. O exemplo mais presente pode ser o caso da saúde. O que interessa não é um tipo de medicina que pratique uma cura nos indivíduos; o que interessa é fazer da saúde uma custosa mercadoria que o Estado compre da empresa privada, gerando enormes lucros aos capitalistas (clínicas médicas, indústria farmacêutica, etc.) que fazem da saúde um negócio lucrativo.

Em nossa sociedade, a saúde é tradicionalmente centrada no fator biológico. Entretanto, na realidade atual, além do caráter biológico, o processo saúde/doença nos revela fundamentalmente o seu caráter social.

Hoje a questão da saúde assume um sentido mais abrangente, que é resultante de um processo histórico, inicialmente constituído pelo Movimento Sanitário, que buscava uma transformação da concepção para a saúde, melhores condições de vida para a população e também visualizava a ampliação das forças sociais e políticas. A partir desta evolução, abre-se definitivamente a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que se constitui num fórum legítimo, com um espaço de discussão onde a sociedade civil se faz representar diversificadamente.

A partir dessa Conferência, a saúde não é mais vista como conceito abstrato e presença de doença física e mental, mas definida num contexto histórico da sociedade. Assim, *"(...) saúde são as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e/ou posse de terra e acesso a serviços de saúde"* (Relatório da VIII CNS). Ela é o resultado das formas de organização social da produção, as quais estão inseridas nas questões sócio-econômicas, culturais, políticas e ideológicas que podem gerar as desigualdades nos diversos níveis sociais.

E ainda de acordo com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986):

"Direito à saúde significa a garantia pelo estado de condições dignas de vida e de acesso universal ou igualitário às ações e serviços de promoção, proteção, recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade".

A questão da saúde atinge seu auge em 1988, na Constituição Federal Brasileira, que se refere à saúde nos artigos 196 a 200:

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

O conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), está relacionado com um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Apesar destes direitos à saúde estarem garantidos legalmente, na realidade percebemos as desigualdades sociais existentes, que muitas vezes refletem as condições estruturais da sociedade, onde os fatores limitantes ao desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços, adequados à população, são devidos à alta concentração de renda e ao avanço da economia capitalista, que beneficia somente a classe dominante (oligarquias locais, grupos econômicos e classe política).

A evolução desta sociedade desigual ocorreu, muitas vezes, na presença de um Estado autoritário e corrupto, que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes subalternas. A partir daí, vemos a área da saúde como um conjunto de interesses de instituições da área médico-hospitalar, das quais podemos citar algumas:

- os Planos de Saúde;
- laboratórios farmacêuticos no controle de medicamentos e equipamentos pelas grandes multinacionais;

- tecnocratas e burocratas das Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Ministério da Saúde.

Diante disso, põe-se o atual quadro da área da saúde, onde a falta de prioridade pelos governos na área social e, particularmente, da saúde, faz com que o modelo assistencial torne-se excludente, discriminatório, centralizador e corruptor, o que se tem demonstrado pela má qualidade dos serviços, equipamentos e burocracia do sistema, que cada vez mais não atende as necessidades da população. As ações governamentais estão, na maioria das vezes, atreladas unicamente às ações curativas e de caráter imediatista.

Percebemos que o Sistema de Saúde Brasileiro tem-se demonstrado por demais incompetente no trato das questões relativas ao setor. Entretanto, busca-se o direito à saúde com condições dignas e o acesso aos serviços destinados à população.

Hoje temos a Lei Orgânica da Saúde — Lei nº 8.080, que define o Sistema Único de Saúde (SUS) como ação global de saúde voltada para a população, independente de ser ou não contribuinte da Previdência.

O SUS é uma nova formulação política e organizacional para reorganizar os serviços e ações de saúde, previstas na Constituição de 1988. Ele não é o sucessor do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) ou do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). É o novo sistema de saúde, que conjuga recursos do Governo Federal, Estadual e Municipal. Segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo território nacional, respeitando a autonomia dos três níveis de Governo. O SUS não é uma instituição, mas um sistema, isto é, um conjunto de unidades, serviços e ações com um fim comum. Estes elementos do sistema referem-se ao mesmo tempo às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Norteia-se pelos seguintes princípios de doutrina: ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Estes princípios foram extraídos da VIII Conferência Nacional de Saúde - 1986.

- 1 - Universalidade: garantir atenção à saúde a todo e qualquer cidadão, independente de vínculos previdenciários;
 - 2 - Equidade: assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade de cada caso sem privilégios ou barreiras;
-
- 3 - Integralidade: reconhecer a prática dos serviços do dia-a-dia, em que:
 - a) cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
 - b) as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível;
 - c) as unidades prestadoras de serviços, com seus diversos níveis de complexidade formam também um todo indivisível.

Desta doutrina derivam os princípios que regem a organização do SUS:

a) Referentes à organização dos serviços:

- centralização na gestão dos serviços;
- integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo;
- unidade na condução das políticas setoriais;
- regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;
- participação popular, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;
- fortalecimento do papel do município;
- introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida.

b) Pertinentes às condições de acesso e qualidade:

- universalização em relação à cobertura populacional a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas;
- equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção ;
- atendimento oportuno segundo as necessidades;
- respeito à dignidade do usuário por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com sua função pública;
- atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com recursos disponíveis;
- direito de acompanhamento a doentes internados especialmente criança;
- direito à assistência psicológica sem a discriminação que existe atualmente.

c) Relacionados com a política de Recursos Humanos:

- remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis: federal, estadual e municipal, e estabelecimento urgente e imediato de plano e cargos e salários;
- capacitação e reciclagem permanentes;
- admissão através de concurso público;
- estabilidade no emprego;
- composição multi-profissional das equipes, considerando as necessidades da demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial;
- compromisso dos servidores com os usuários;
- cumprimento de carga horária contratual em incentivo à dedicação exclusiva;
- direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde;

- formação dos profissionais de saúde integrada ao sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado;
- inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas;
- incorporando os agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde(SUS), para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários.

As diretrizes do SUS deveriam ser aplicadas concretamente, porém estas só estão garantidas teoricamente. E a saúde da população continua deteriorando-se, sendo que suas ações ainda são trabalhadas de forma curativa (paliativa). Estas ações beneficiam os interesses privados, principalmente nas instituições médicas, que se restringem ao modelo de assistência médica de caráter curativo e individual, que atende apenas a situação de doença da população, não desenvolvendo uma Medicina Preventiva de acordo com as necessidades sociais predominantes. As políticas implantadas para amenizar as questões sociais terminam sempre envoltas nas teias burocráticas, sem atender os objetivos reais da população.

Dentro desse contexto da política de saúde e do SUS, o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina situa-se como um ponto de referência no município de Florianópolis.

O Hospital Universitário foi fundado em 1980, após um período de quinze anos de luta envolvendo professores e estudantes para que sua concretização fosse possível. É uma instituição social, de caráter governamental, sócio-promocional, sendo diretamente subordinada à Reitora da UFSC e ao Ministério da Educação (MEC). As verbas são repassadas à Reitoria e esta as envia para o hospital, que também dispõe de recursos próprios provenientes de convênios, inclusive com o SUS.

Tem como função: prestação de serviços de ensino e desenvolvimento de pesquisas, atendendo a comunidade que possui ou não Previdência Social e também no sentido de elevar o nível de saúde da população. Seus objetivos gerais são: ⁽²⁾

- ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, em estreita relação e sob orientação das coordenadorias e dos departamentos de ensino do Centro de Ciências da Saúde, que nele efetivamente atuam;
- prestar assistência à comunidade na área de saúde em todos os níveis de complexidade de saúde de forma universalizada, igualitária e gratuita.

Esta instituição desenvolve uma política social que visa atender a saúde e a educação por ser um hospital-escola. Organiza-se em uma Diretoria e um Vice-diretoria que estão assessoradas por uma Secretaria Administrativa e Comissões Permanentes. À Diretoria Geral estão vinculadas quatro diretorias setoriais, que são:

- Diretoria de Medicina;
- Diretoria de Enfermagem;
- Diretoria de Apoio Assistencial;
- Diretoria Administrativa.

A Diretoria de Apoio Assistencial está vinculada à Divisão de Apoio Assistencial, na qual está inserido o Serviço Social.

Segundo dados estatísticos do hospital, o número de leitos disponíveis são: 193, atendendo (em média) 350 pacientes. Conta no seu quadro funcional com 1.333 servidores, 85 docentes e 20 bolsistas.

⁽²⁾ Dados extraídos do Regimento Interno do Hospital Universitário - art. 2º § 1 e 2 - 1992

O Serviço Social da Divisão de Pediatria, no qual estagiamos, iniciou o seu trabalho no setor em 1980. Nosso estágio se iniciou em março de 1993, na Divisão deste hospital.

A Divisão de Pediatria destina-se atender crianças que se internam na faixa etária de 0 a 14 anos. Ela dispõe de 30 leitos. As doenças e os problemas mais frequentes são: desnutrição, síndrome diarreico, broncopneumonia, ascaridíase, desidratação, etc. Conta com a equipe de 04 médicos, em média, uma turma de 09 doutorandos, 42 enfermeiras (entre técnicos e auxiliares), uma nutricionista, uma assistente social e uma psicóloga (recentemente contratada pela UFSC). A equipe inter-profissional tem como função: o acompanhamento global da criança e sua família, para o tratamento e recuperação da situação saúde/doença.

No período de estágio, foram registrados o número de internações e doenças mais frequentes, como pode ser visto na tabela 1.1.

Tabela 1.1

Número de Internações na Divisão de Pediatria

ANO	n° de Internações	Doenças mais frequentes
1992	386	síndrome diarreico, pneumonia, broncopneumonia
1993	495	broncopneumonia
1994	289	pneumonia

Fonte: Serviço Social da Divisão de Pediatria do Hospital Universitário

Os usuários atendidos pelo Serviço Social da Divisão de Pediatria, são na sua maioria, crianças vindas das periferias da grande Florianópolis e regiões vizinhas. São de famílias que apresentam problemas sócio-econômicos, carentes de recursos necessários às suas condições mínimas de sobrevivência. A elas tem sido vetado o acesso aos bens materiais e enfrentam dificuldades em: saúde, educação, transporte, moradia, entre outros. Na sua maioria, vivem em pequenas casas sem infra-estrutura de saneamento básico; geralmente sublocadas em terrenos invadidos e em favelas. Têm baixa escolaridade em média o primeiro grau, com renda familiar em torno de um salário mínimo. São geralmente subempregados (faxineiras, pintor, vigilante noturno, etc), migrantes e aposentados (casos em que os avós assumem a guarda da criança). As famílias apresentam, muitas vezes, a falta de conhecimento e desinformação sobre a situação saúde/doença e recursos existentes, e também a falta de condições financeiras para arcar com o tratamento após a alta da criança (como: medicamentos, transporte, etc).

O Serviço Social frente a essas demandas atua na organização de serviços prestados à população na concessão de auxílios concretos, na articulação de recursos comunitários; no atendimento direto ao paciente e família, incentivando-os à participação do tratamento; no resgate da relação saúde/doença e das condições de vida; na reivindicação de um política de assistência por parte do poder público e outros.

Essa atuação no ambiente hospitalar significa para **Bertani** (1984:145):

"A prática do Serviço Social em Hospital tem característica bem definidas. Por um lado, a clientela que procura o Hospital na

maioria das vezes o faz em busca de ajuda para a resolução de problema já instalado. Alguns esforços são realizados dentro de uma abordagem preventiva mas não constituem o cotidiano, a nível de atendimento hospitalar."

E sobre a competência do Serviço Social, diz Yazbek (1993:24):

"Entendemos que o Serviço Social profissional, como mediação, está diretamente colocado na relação do Estado com os setores excluídos e subalternizados da sociedade. É, pois, uma intervenção mediadora, que transita no campo das políticas sociais e assistenciais na concretização da tarefa reguladora do Estado na vida social."

Assim, trabalhamos a assistência enquanto direito do cidadão, que pode e deve por ele ser reivindicada, e reforçada a discussão de crescimento do nível de consciência coletiva, para fortalecê-la na luta por uma melhor qualidade de vida. Neste sentido, concordamos que:

"A prática assistencial voltada aos interesses destas classes não se reduz à provisão imediata de ajuda, transformando-se em instância de mediação fundamental ao avanço da consciência e apropriação de bens e serviços pelas classes subalternizadas. A assistência é uma instância de mediação que

atua na trama das relações de confronto e de conquista" (SPOSATI apud YAZBEK 1985:72).

As atividades diárias executadas no setor de *Pediatria* se constituem de:

- registro diário das crianças e anotações em prontuários;
- contato e entrevistas com as crianças e familiares;
- trabalho multidisciplinar com a equipe de saúde do setor;
- orientação e encaminhamentos quando somos solicitadas pelos familiares;
- visitas domiciliar quando forem necessárias.

A Divisão de *Pediatria* dispõe para os usuários: passes de ônibus para os acompanhantes que têm dificuldades financeiras de vir ao hospital; atendimento odontológico para casos de emergência; planejamento familiar para as mães; alguns medicamentos na farmácia do hospital; ambulâncias para casos que necessitam levar a criança até em casa; telegrama e telefone para contato com os familiares.

Para a execução dessas atividades e auxílios, enfrentamos alguns problemas, como: a falta de recursos, e de infra-estrutura institucional e comunitária, para encaminhar os pacientes após a alta, a fim de obterem o tratamento adequado e recursos necessários para a recuperação da situação saúde/doença. Além disto, muitas vezes, percebemos uma quebra na assistência e a reinternação das crianças, torna-se um ciclo vicioso.

Embora ocorra estas dificuldades, estamos atuando junto a algumas comunidades mais carentes, no contato com os líderes comunitários, creches e postos de saúde. Desta forma, a assistência que prestamos às famílias ocorre também após a

alta da criança, sendo acompanhada continuamente pela comunidade, nos serviços e recursos que são oferecidos às famílias. Através das visitas nas comunidades, mantivemos contato com alguns líderes comunitários, trocamos informações sobre recursos e serviços oferecidos pela comunidade, atividades exercidas e as prioridades da associação dos moradores.

Repassamos a esses líderes a proposta do Serviço Social da Divisão de Pediatria do Hospital Universitário, que é de efetivar os encaminhamentos e o atendimento as crianças após a alta e à sua família, para que esta tenha atenção e participação nos interesses da própria comunidade, com acesso ao posto de saúde e à creche (geralmente são os mais solicitados). Colocamos aos líderes comunitários, os altos índices de internações no hospital são provêm da comunidade, os motivos que levam às internações (doenças mais freqüentes e suas causas), e que, muitas vezes, ocorre a reinternação por falta de acompanhamento à criança e sua família. Após a exposição destes dados, reforçamos a importância de fazer-se um trabalho integrado: hospital/comunidade.

Mediante a essas situações, observamos que nas comunidades as atividades são realizadas, na maioria das vezes, por entidades externas e com alta rotatividade. As reuniões da associação contam com pouca participação comunitária, assim não havendo, um trabalho articulado no que se refere às questões coletivas como: saúde (posto de saúde), saneamento básico (esgoto, entre outras necessidades), educação (creches e escolas) e outras.

1.2 PROJETO DE PESQUISA

A partir do cotidiano de estágio, vimos emergir a necessidade de um conhecimento mais aprofundado das instituições assistenciais, bem como do usuário que solicita seu pedido ao Serviço Social. Os encaminhamentos realizados servem de referência tanto para o Serviço Social, quanto ao usuário. Assim, estes poderão contribuir para melhorar a qualidade do seu atendimento.

Pretendeu-se com este projeto de pesquisa identificar as instituições assistenciais mais solicitadas pelos usuários e analisar suas políticas de prestação de serviços, a fim de obter uma melhor operacionalização nos encaminhamentos e, assim, responder de forma eficaz à demanda do setor.

Nesse contexto, percebemos a atuação do Estado, que incorpora os conflitos sociais e absorve determinadas necessidades e reivindicações, estabelecendo uma relação Estado/população, que ocorre através das instituições assistenciais, que atendem e cedem os benefícios a esta população, sendo esta, na sua maioria, excluída do acesso aos bens e serviços essenciais, como saúde, educação, alimentação, moradia e outros. O Estado, através destas instituições, ao mesmo tempo em que supre algumas necessidades, garante a manutenção de sua ideologia e a do capital, aproximando-as dos grupos detentores das decisões políticas e econômicas, controlando, assim, as demandas da população que são dominadas neste processo.

Diante disso põe-se o atual estado da saúde, onde a falta de prioridades dos Governos faz com que o modelo assistencial torne-se excludente e centralizador, o que tem demonstrado pela má qualidade dos serviços, equipamentos e burocracia do sistema, não atendendo as demandas da população.

Frente a essas questões coloca-se a importância da atuação do Serviço Social, na medida em que considera os aspectos sócio-econômicos que envolvem a realidade do usuário e a busca da expansão da noção de cidadania e dos acessos aos serviços sociais. Esta ação ocorre através do acompanhamento das crianças internadas e dos encaminhamentos realizados, contribuindo, assim, para ampliar a efetividade do atendimento e a garantia dos direitos sociais. Além disto, o Serviço Social pode desenvolver ações conjuntas com outros profissionais, mas para que o direito à saúde não se concretize simplesmente pela sua formalização no texto Constitucional, há necessidade de que o Estado assuma uma política coerente e dê condições dignas de vida e de acesso universal, igualitário e de qualidade às ações e serviços de saúde para a população.

E para assegurar esses direitos, trabalhamos junto ao usuário e junto às instituições, às quais o Serviço Social remete os encaminhamentos, buscando, assim, viabilizar concretamente o atendimento às necessidades do usuário. Segundo Yazbek (1993:24):

"Cabe ao assistente social fornecer o passaporte para o ingresso no aparato das exigências institucionais, racionalizando e administrando recursos e controlando o acesso e uso que a população usuária faz deles. Como mediador o assistente social transita entre dois mundos complementares. O universo dos dominantes e dos dominados, numa posição muitas vezes ambígua na medida em que se situa num campo de interesses contrapostos."

Os objetivos desta pesquisa se constituíram nos seguintes:

- reconhecer as instituições que servem de referência para os encaminhamentos do Serviço Social na Divisão de Pediatria do Hospital Universitário;
- identificar os tipos de encaminhamentos efetuados pelo Serviço Social, que são direcionados às instituições assistenciais;
- contribuir através do conhecimento das instituições e nas políticas, para melhorar a qualidade dos encaminhamentos efetuados pelo Serviço Social e no atendimento ao usuário;
- verificar a efetividade dos encaminhamentos realizados pelo Serviço Social.

O processo metodológico passou por várias etapas para alcançar os objetivos propostos. O tempo previsto dentro do cronograma foi de março de 1993 a novembro de 1994. Foram os seguintes momentos:

- a) revisão bibliográfica sobre as questões relativas às políticas de assistência, Estado, sociedade civil, práticas do Serviço Social;
- b) identificação dos tipos de encaminhamentos mais freqüentes realizados pelo Serviço Social da Divisão de Pediatria. Será feito um fichário para controle dos dados;
- c) levantamento das instituições assistenciais mais solicitadas nos encaminhamentos, identificando quais instituições que oferecem bens e serviços, os critérios de seleção para o atendimento das necessidades (providências); e os profissionais envolvidos neste setor. Este processo foi realizado através de entrevistas as instituições assistenciais mais solicitadas e consultas a fontes documentais;

d) análise dos discursos institucionais, para um possível estabelecimento de estratégias que possibilitem melhor atendimento aos usuários que buscam o Serviço Social, na solicitação de encaminhamentos para suprir necessidades;

e) elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) para a divulgação dos resultados obtidos através do processo de investigação desta pesquisa.

Relatamos, no próximo capítulo, como desenvolveu-se este projeto de pesquisa na rede básica de atendimento à saúde e nas instituições assistenciais solicitadas pelos usuários do Serviço Social.

CAPÍTULO II

O SERVIÇO SOCIAL E AS REDES DE ATENDIMENTO À SAÚDE

2.1 OS SERVIÇOS PRESTADOS NA REDE DE ATENDIMENTO À SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS

Saúde Pública é uma das poucas áreas de ação que qualquer profissional pode visualizar e penetrar em um cenário onde se pode encontrar as diferenças de classe, caracterizadas pelos focos de endemias, epidemias, pela desnutrição, pelo desemprego, falta de moradia e de serviços de saúde com resolutividade compatíveis com as necessidades da demanda. Os resultados são os altos índices de morbidade e mortalidade, principalmente nos grupos mais vulneráveis - materno-infantil.

Segundo relatório da UNICEF (1990:02) sobre a Situação Mundial da Infância, quase dois terços dos 14 milhões de mortes (mortalidade) de crianças, por ano, são atribuídos a apenas quatro causas específicas - diarreia, infecções respiratórias, sarampo e tétano.

Esse índice poderia ser evitado se a população não sofresse as conseqüências do subdesenvolvimento e da dívida do terceiro mundo. A saúde nos países de terceiro mundo não é prioridade, onde os mais "carentes" padecem, pagando na maioria das vezes com o seu suor e sua saúde o preço do crescimento econômico. Assim, falta-lhes condições necessárias para o desenvolvimento físico, mental e social, sendo que esta falta também ocorrerá nas gerações emergentes, a não ser que se faça um esforço contrário a este fato histórico.

Essa situação é o elemento número um para a crise da modernidade. Tal realidade é característica brasileira (e de outros países do chamado terceiro mundo), que encontra seu nó crítico na forma como vem se processado o desenvolvimento social e econômico do país.

O Sistema de Saúde brasileiro se tem demonstrado por demais incompetente no trato das questões, relativas ao setor, tanto externamente, porque não consegue dar conta satisfatoriamente dos problemas de saúde pública na sua totalidade ou parcialidade, como internamente, porque não consegue se adequar às realidades locais, porque é irracional e

desintegrado, sendo excessivamente centralizador e não possuindo uma dotação financeira suficiente para desenvolver programas de saúde específica; e pela falta de acompanhamento, controle e avaliação das ações. Ocorrendo, assim, o sucateamento dos equipamentos, o baixo nível de informação e participação popular no controle dos referidos programas.

A realidade apresentada pode ser visualizada em três níveis de atenção à saúde: primário; secundário e terciário.

O primeiro nível coloca-se em decadência a partir de unidades fechadas e da falta de pessoal e suprimentos básicos para o seu desenvolvimento normal. As ações de saúde, quando existem, têm caráter curativo e às vezes sequer são resolutivas. Este nível de atenção à saúde, o mais elementar em termos de simplificação da assistência, é e ao mesmo tempo o mais complexo em termos de caracterização da demanda, que é a mais pauperizada do sistema. Esta é a base sobre a qual repousa a perspectiva de consolidação de uma política de saúde preventiva, que se levada a efeito, juntamente com um conjunto de medidas sociais, aliviará os dois últimos níveis, contribuindo para uma modificação do quadro epidemiológico do país.

A política de saúde não deve ser enfatizada unicamente a partir do nível primário, pois não resulta na melhoria da qualidade de atenção à saúde, mais sim constituir-se num largo espaço social e político de intervenção na realidade, voltado para uma classe através das ações de promoção e proteção à saúde.

A atenção primária à saúde é fundamental à concretização da prática sócio-educativa, podendo ser considerada porta de entrada para a educação no sistema de saúde; não se desconsidera, no entanto, sua ação complementar em outros níveis de atenção. **Bodstein** (1993:38) analisa os aspectos contraditórios que marcam o processo de inclusão da assistência médica nas redes de atendimento à saúde e de como isto reflete-se no acesso da população. Estes aspectos referem-se às necessidades da população nos serviços de atendimento à saúde na rede primária, a que a prática médica tem dirigido seus interesses.

A abordagem de **Vianna** (1989:41) mostra como a autonomia e as incorporações tecnológicas situam-se nos níveis terciários e quaternários de atenção médica. Assim, quanto maior a complexidade do ato médico-terapêutico, maior a autonomia do corpo clínico e a possibilidade de resistência às medidas tomadas por uma instância administrativa. Como conclusão, a argumentação da autora sugere certa “heteronomia do chamado nível primário”. A baixa autonomia deste nível justifica, muitas vezes, a desqualificação no exercício profissional em atividades ambulatoriais, em postos ou centros de saúde. Ou seja, “na visão do médico, sua progressão na profissão dificilmente ocorre afastada do acesso aos recursos e inovações técnicas, que só os grandes hospitais parecem permitir”.

Apesar dessas dificuldades, é nesse nível que as pessoas podem desenvolver uma consciência crítica da situação em que vivem, relacionando as condições de vida com o fenômeno saúde/doença; e num aspecto mais amplo conhecer e utilizar as redes de atendimento oferecidas.

Nos níveis secundários e terciários colocam-se as redes especializadas/hospitalares, que oferecem serviços médicos e equipamentos de alta tecnologia no tratamento das doenças mais complexas e custosas. É nestes níveis que se concentra grande parte da demanda, pois ela encontra facilidade nas ofertas dos serviços de saúde e outros benefícios em geral. Diante disto, há um crescimento expressivo da oferta de serviços médico-hospitalares.

Embora isso ocorra, a política de saúde não conseguiu resolver os problemas sanitários, e nem alcançou modernizar e democratizar a própria rede de serviços. O que podemos observar é uma contenção de gastos, a não contratação de pessoal, o abandono de projetos na área, sempre apontando um déficit público e a má qualidade dos serviços prestados à população. Atualmente, os serviços públicos de saúde não funcionam adequadamente quer do ponto de vista da produtividade, que em geral é baixa, quer na qualidade ou no respeito aos direitos do paciente e ao atendimento aos usuários nas redes básicas.

Os serviços públicos — Centros de Saúde, hospitais, laboratórios — quase sem exceção são ociosos, atendem mal os pacientes e estão sucateados. Muitos destes, gerenciados segundo interesses privados e não da saúde da maioria, servem como serviços de triagem para o setor privado, para consultórios particulares e só atendem aqueles casos que não interessam à lucratividade da medicina de mercado.

Esse modelo de assistência à saúde não conseguiu superar a discriminação a que se encontra submetido o trabalhador, que via de regra não tem acesso aos principais serviços existentes na área. No que diz respeito a este fato, a política de saúde não consegue responder de forma satisfatória às necessidades de demandas básicas da população. É forçoso considerar aqui o fenômeno da explosão da demanda, que em geral acompanha o processo de urbanização:

"É a partir do extraordinário crescimento das periferias urbanas, concentradoras de expressivo contingente da população carente de infra-estrutura de serviços, que se constitui uma demanda potencial por cuidados de saúde, colocando num plano político as necessidades de assistência médica" (Moisés, 1982:28)

Se, por um lado, há reflexão em torno do crescimento urbano e das organizações dos serviços de saúde, de outro, ela se articula à leitura da intervenção do Estado nos condicionantes implicados no campo social e na dinâmica no trato das questões do sistema de saúde. Isto se evidencia a partir das políticas de "enxugamento do aparelho do Estado", como também no processo de "municipalização" dos serviços.

Um artigo publicado na Folha de São Paulo, em novembro deste ano, revela a situação de saúde do país e como o Estado investe nesta área:

“O diagnóstico da saúde pública do país não deixa margem a dúvidas. O setor sofre de uma profunda falta de gerenciamento administrativo e financeiro. Um mal que merece ser tratado com a maior urgência possível. Nunca existiu neste país um controle minimamente razoável para a aplicação das verbas destinadas ao setor. Pior ainda: nos últimos anos os gastos com a saúde sofreram uma queda vertiginosa. Para ser ter uma idéia da dimensão desse enxugamento, enquanto que em 1989 foram investidos US\$ 11,30 bilhões no setor, em 1993 o orçamento despencou para miseráveis US\$ 7,50 bilhões, ou seja, o investimento anual por habitante caiu de US\$ 79,70 para US\$ 47,77” (Chamone, 1994).

A descentralização das ações e serviços de saúde e, em particular, a sua municipalização foram, durante muitos anos, uma das mais importantes propostas do movimento pela Reforma Sanitária. Mas, o processo de descentralização implementado no Brasil, a partir de 1987, é pleno de ambigüidades.

Belamartino (1990:93) discutindo a questão da descentralização no âmbito das políticas neoliberais para a saúde, apontou alguns aspectos marcadamente contraditórios

desses processos: enfatizando que, no caso brasileiro, a descentralização resumiu-se, basicamente, em um movimento incompleto de municipalização.

Essa realidade é comprovada com a implantação do SUS, pois, a prestação de serviços fica a cargo do Município, sendo que os recursos deverão ser utilizados para a ampliação da rede de Centros de Saúde, hospitais, centros de pesquisa, dentre outros.

Inegavelmente, as políticas do SUDS e, hoje, a do SUS, ampliaram as responsabilidades sanitárias e, em certa medida, a cota de poder do nível local. Mas, ao mesmo tempo, também se distribuíram encargos do poder central para os municípios, sem uma contrapartida financeira adequada e sem uma plena delegação de autonomia gerencial e política em nível local. Agora cabe ao município a responsabilidade pela gerência de toda a assistência médico-sanitária e a execução destas ações com o apoio dos níveis federal e/ou estadual, no que se refere à assistência médica a todos, por uma rede de Centros de Saúde, ambulatórios e hospitais, capazes de prestar pronta-atenção àqueles com problemas de saúde.

Do ponto de vista assistencial, a Lei Orgânica da Saúde estipula a existência de um comando único a cada nível de governo e atribui ao município a gerência e execução de todas as ações de saúde (em sua abrangência territorial), o que cria diversas modalidades de atenção aos serviços de saúde, voltadas para seus aspectos promocional e preventivo, bem como desenvolve programas de saúde coletiva.

A Lei Orgânica da Saúde, promulgada em setembro de 1990, é bastante explícita quando trata do assunto, deixando claro o compromisso dos governos federal e estadual com a descentralização. O seu artigo 16 estipula:

"À direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

(...)

INCISO XV- promover a descentralização, para as unidades federadas e para os municípios, dos serviços de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal".

Na realidade, não ocorreu um movimento de descentralização na medida necessária para concretizar os artigos que regulamentam a lei do SUS. De qualquer maneira, houve um avanço nesta área, que ocasionou a ampliação dos poderes do municípios. Teoricamente, cada local poderia compor o seu próprio modelo assistencial, desde que fossem respeitadas algumas normas referentes ao relacionamento com o setor privado, por exemplo, tendo em conta os limites impostos pelos mecanismos de financiamento.

No Estado de Santa Catarina, o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, em particular a municipalização, iniciou em 1987, através da Secretaria de Saúde do Estado que assinou o convênio com o SUDS. A partir de 1988, foram firmados convênios entre o SUDS, o Estado e os municípios, visando a descentralização de recursos humanos do quadro de pessoal do Estado.

Com o SUS foram firmados em 1991 os convênios de municipalização (SUS/SC 01/91) entre o Estado e todos os municípios de Santa Catarina, cabendo a cada município a ênfase na programação, execução e avaliação dos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Com base em convênios foram firmados Termos de Cessão de Uso dos Postos de Assistência Médica (PAM's), de propriedade do extinto INAMPS, inicialmente cedido ao Estado de Santa Catarina. Foram "estadualizados" 44 PAM's existentes no território catarinense e um hospital sediado no município de Florianópolis. Posteriormente, o Estado de Santa Catarina firmou com os municípios termos de cessão de uso dos imóveis de propriedade da União. Destes convênios, 42 PAM's foram municipalizados, apenas excluindo o PAM da capital, em função de ofertar consultas em todas as especialidades médicas, servindo de referência e modelo ao Estado. (3)

(3) Dados extraídos do Plano Estadual de Saúde, 1994

"A municipalização de saúde, no entanto, não deve significar apenas e simplesmente a transferência de recursos físicos, humanos e financeiros, mas uma perfeita adequação das atribuições nas diferentes instâncias geradoras do setor, com nítido reforço para a esfera municipal de governo, o que implica realizar a municipalização de gerenciamento das ações e serviços de saúde" (Plano Estadual de Saúde, 1994:221).

Segundo Valla (1992:92), a municipalização dos serviços de saúde traz vantagens teóricas e desvantagens práticas. A principal desvantagem é repassar as responsabilidades para as prefeituras, sem que haja o repasse automático pelo governo federal da verba necessária para a manutenção destes serviços e assim pode ocorrer uma redução a nível federal dos programas de combate às doenças (como: cólera, tuberculose e outras).

Para que esse processo se efetive é necessária a transferência da gestão aos municípios e dos mecanismos políticos, técnicos, jurídico-administrativos e financeiros. É levar decisivamente a efeito os dispositivos da Lei Orgânica da Saúde, que estabelecem diretrizes e princípios para a reorganização do setor, conforme explanamos no primeiro capítulo do presente trabalho.

Um dos requisitos exigidos para o processo de municipalização, é o gerenciamento eficiente através da formação:

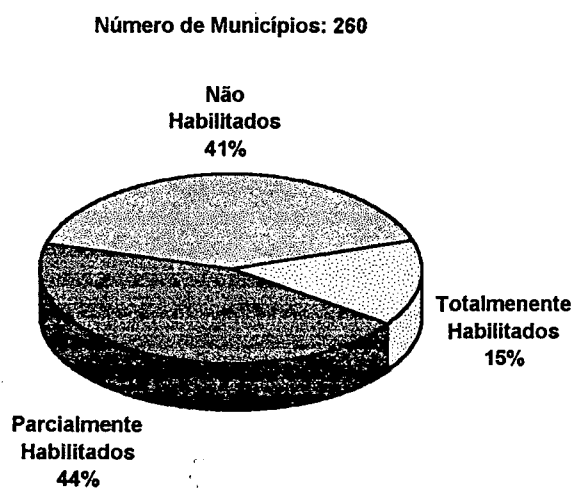
- dos Conselhos Municipais de Saúde (que possibilitam a participação e controle social do sistema);

- do Fundo Municipal de Saúde (de modo que haja uma identidade e gestão, especificando recursos para a saúde);
- do Plano Municipal de Saúde (que inclui a Programação e Orçamentação em Saúde -PROS), de modo a permitir uma atuação planejada, capaz de evitar desperdício de recursos.

Nesse sentido, de junho a outubro de 1993, 153 dos municípios de SC (59%), estão habilitados, conforme a Lei 8142/90, para a inclusão na situação de Gestor Parcial. Isto significa que eles poderão gerir com autonomia as ações e serviços de saúde na sua área, e receber, de forma direta e automática, os recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde e a diferença do teto financeiro estabelecido para cada município. Dos 153 municípios, 38 estão inteiramente e 115 estão parcialmente habilitados de acordo com os requisitos exigidos pela Norma Operacional Básica (NOB) — SUS 01/93, conforme demonstra a fig. 2.1.⁽⁴⁾

Figura 2.1

Situação da Municipalização em Santa Catarina conforme NOB-SUS - 01/93



Com essas mudanças ocorridas no Setor da Saúde no Estado e municípios, houve a necessidade de se definir um novo Modelo de Saúde. Este modelo propõe uma reorganização do sistema e a formação de uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, tendo gestor único em cada nível de Governo e a participação dos usuários.

A reforma administrativa repercutiu para a reestruturação regional, que terá como meta fundamental: "*(...) o resgate da democratização das ações de saúde, com a participação efetiva dos municípios, representados pelos Prefeitos, e Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde*" (4), que tem como finalidade básica: "*propor a linha de atuação, de acordo com as diretrizes emanadas do nível central, bem como acompanhar, controlar e avaliar os serviços técnico-administrativos desenvolvidos nesse nível*".

A implantação da Regionalização da Saúde em Santa Catarina, está ocorrendo de forma gradativa. Tendo sido iniciada em novembro/92, estava com 13 Regionais de Saúde implantadas, até novembro/93. No total são 18 as Associações de Municípios existentes.

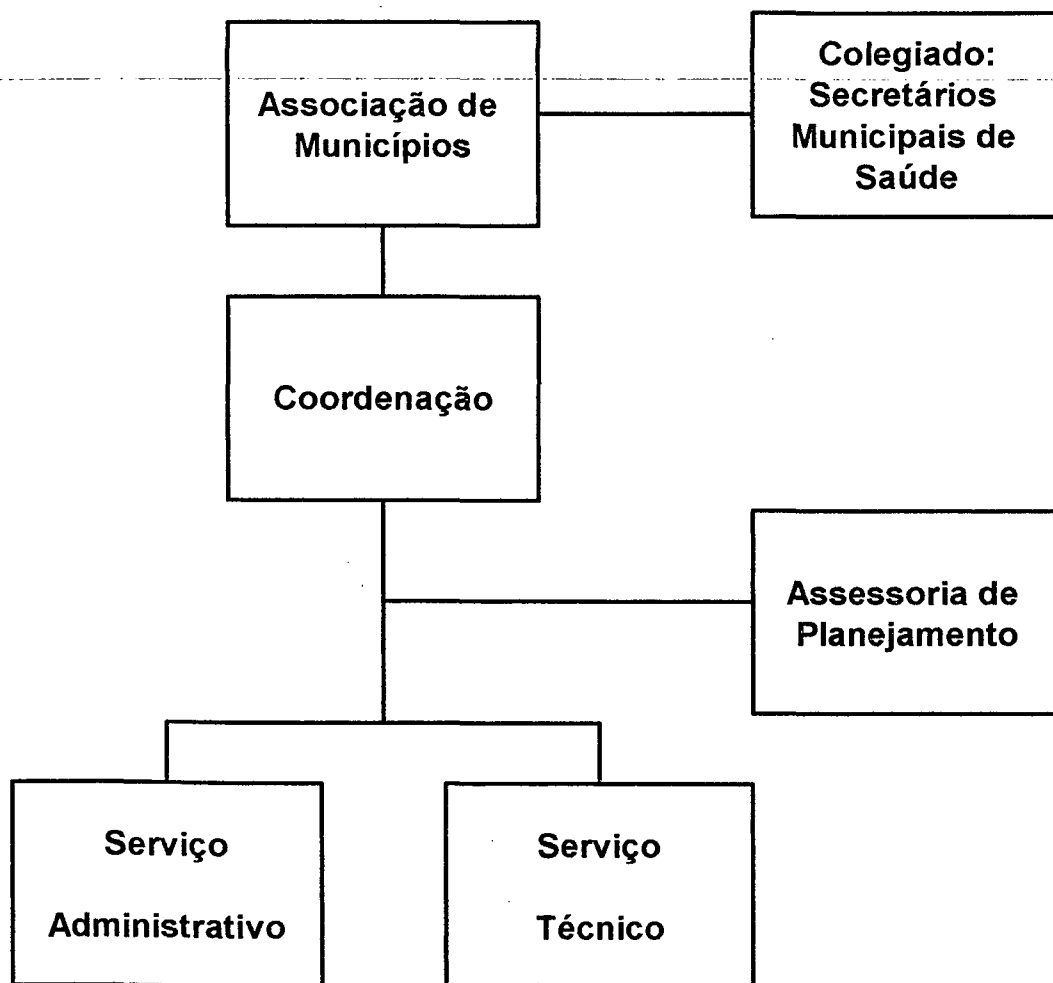
A estrutura organizacional da rede Regional de Saúde está diretamente subordinada à Associação de Municípios. Ela possui:

- Coordenação: atribuída a Secretaria Estadual de Saúde;
- Órgãos Técnicos e Administrativos:
 - Assessoria de Planejamento;
 - Serviço Administrativo;
 - Serviço Técnico.

Esta estrutura é determinada pela seguinte hierarquia mostrada na figura 2.2.

(4) Dados extraídos do Plano Estadual de Saúde, Março de 1984

Figura 2.2
Regional de Saúde



Fonte: Plano Estadual de Saúde - SES

As Associações de Municípios de Santa Catarina, conforme o Plano Estadual de Saúde, são mostradas na Tabela 2.1, a seguir.

Tabela 2.1

Relação das Associações de Municípios e suas respectivas siglas.

	Sigla	Associação
01	AMAI	Alto Irani
02	AMRP	Alto Vale do Rio do Peixe
03	AMAUC	Alto Uruguai Catarinense
04	AMAVI	Alto Vale do Itajaí
05	AMEOSC	Extremo Oeste de Santa Catarina
06	AMESC	Extremo Oeste de Santa Catarina
07	AMFRI	Foz do Rio Itajaí
08	AMMOC	Meio Oeste Catarinense
09	AMMVI	Médio Vale do Itajaí
10	AMOS	Oeste de Santa Catarina
11	AMPLA	Planalto Norte Catarinense
12	AMREC	Região Carbonífera
13	AMUNESC	Nordeste de Santa Catarina
14	AMUREL	Região de Laguna
15	AMURES	Região Serrana
16	AMURAC	Região do Contestado
17	AMVALI	Vale do Itapocu
18	GRANFPOLIS	Grande Florianópolis

Fonte: Plano Estadual de Saúde - SES

Em entrevista realizada na Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social, no Centro de Informática (CIS), com o coordenador deste órgão, percebemos, na realidade, como este processo de municipalização vem se desenvolvendo na prática de acordo com o SUS. O município de Florianópolis está em fase parcial de municipalização do sistema. Sobre as redes de atendimento, o município conta com 45 Centros de Saúde — Tipo I e II —, que

são chamados de "porta de entrada" da rede básica de atendimento nas ações e serviços de saúde. Eles têm como objetivos, promover a saúde, e o atendimento preventivo para a população.

Segundo o Coordenador do CIS (Furlaneto, 1994), "a população confunde, muitas vezes, o atendimento da rede básica com os serviços de emergência, sendo que estes são prestados pela rede hospitalar". E acrescenta: "a cada dia, as demandas dos Centros de Saúde aumentam, mas a verba continua a mesma; assim os serviços não atendem adequadamente a população".

Conforme o Boletim de Informações de Saúde do CIS, podemos observar a população de Florianópolis de 1994 na Tabela 2.2, a seguir.

Tabela 2.2
População de Florianópolis por Faixa Etária e Sexo - 1994

Faixa Etária	Sexo		Total
	masculino	Feminino	
0-1	2509	2458	4967
1-5	10597	10358	20982
5-15	27627	26728	54355
15-49	75173	81725	156898
< 49	16774	21431	38205
Total	132680	142727	275407

Fonte: Centro de Informações - Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social

Para essa população, o município dispõe das Unidades de Saúde mostradas na tabela 2.3

Tabela 2.3

Unidades de Saúde da Rede Municipal - Outubro de 1994

	Qtidade.	ATENDIMENTO	Comunidades
Centros de Saúde Tipo I	31	médico odontológico enfermagem	Jardim Atlântico, Monte Cristo, Coloninha, Vila Aparecida, Morro da Caixa, Monte Serrat, Prainha, Morro da Penitenciária, Pantanal, Córrego Grande, Caieira da Barra do Sul, Pântano do Sul, Armação, Morro das Pedras, Tapera, Campeche, Rio Tavares, Costeira, Saco Grande I, Vargem Pequena, Ratoles, Canasvieiras, Jurerê, Vargem Grande, Rio Vermelho, Monte Verde, Pró-Gente, Cachoeira do Bom Jesus, Barra da Lagoa, Canto da Lagoa, Costa da Lagoa.
Centros de Saúde Tipo II	13	ginecologia pediatria enfermagem odontologia vacinas	Balneário, Capoeiras, Carianos, Centro, Ingleses, Itacorubi, Lagoa, Ribeirão, Saco Grande II, Saco dos Limões, Sapé, Santo Antônio, Estreito.
Policlínicas	1	atendimento especializado	Estreito.

Fonte: Centro de Informações - Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social

Tabela 2.4

Cobertura de Atendimento Médico - 1993	
necessidade de atendimentos	578.355
total de atendimentos	260.193
cobertura	44,99
total de consultas programadas	413.702
produtividade	62,89
média consultas dia/profissional	10,16
encaminhamentos	19.356
resolutividade	92,56

Fonte: Centro de Informações - Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social

A Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social conta com o total de 800 funcionários que trabalham na área de saúde do município. O horário de atendimento das Unidades de Saúde é das 7 h às 19 h (em média, atendem no horário comercial).

Atualmente, o controle das Unidades de Saúde é efetuado pelos coordenadores locais, que na sua maioria são eleitos pelas próprias unidades. Estes mantêm contato com a Secretaria Municipal, para repassar informações/dados sobre as ações e serviços de saúde e para o atendimento das necessidades do Centro de Saúde.

Através da pesquisa, realizamos um levantamento das comunidades de onde provinham os usuários que solicitavam benefícios (via outras instituições) ao Serviço Social da Divisão de Pediatria do Hospital Universitário. Das 17 comunidades de maior incidência : 4 comunidades têm acesso ao Centro de Saúde II; 5 comunidades têm acesso ao Centro de Saúde I; e 8 comunidades não têm acesso a Centro de Saúde. A partir destes dados, podemos verificar a relação dos tipos de atendimentos que são oferecidos para estas comunidades e como é o acesso que estes usuários têm na rede do município. Podemos ainda, averiguar a relação entre

doença/comunidade (no que se refere a saneamento básico, habitação, entre outros indicadores sociais).

Na área de assistência hospitalar (rede terciária), a função é a prestação de serviços de diagnóstico e tratamento para os que necessitam de assistência médica especializada e cuidados constantes de enfermagem. O Estado de Santa Catarina tem 210 hospitais e 14 Unidades Mistas de Saúde, num total de 224, com 16.915 leitos; sendo 20 hospitais pertencentes à rede pública municipal, representando 8,93%, com 1.892 leitos, correspondendo a 11,19% do total.

Apresentamos no quadro, a seguir, quais são os hospitais da Associação dos Municípios da Grande Florianópolis — GRANFPOLIS —, sua propriedade e números de leitos:

Tabela 2.5

Hospitais de Florianópolis

MUNICÍPIO	NOME	PROPRIEDADE						LEITOS		
		Pri- va- da	FEDERAL		ESTADUAL			Mu- nici- pal	Exis- tente	sus
			Pró- pria	Estadua- lizado	Pró- pria	Tercei- rizado	Munici- palizado			
Florianópolis	Hosp. Gov. Celso Ramos				X				196	196
	Hosp. Infantil Joana de Gusmão				X				155	143
	Maternidade Carmela Dutra				X				92	87
	Hospital Nereu Ramos				X				66	58
	Hosp. Car. B. Jesus dos Passos	X							191	126
	Maternidade Carlos Correa	X							60	-
	Hospital de Florianópolis			X					76	76
	Hosp. Comand. Lara Ribas				X				34	-
	Hospital da Guarnição		X						64	-
	Hospital Universitário		X						145	145
	Casa de Saúde São Sebastião	X							41	30
Ortoclínica	X							20	15	

Fonte: Plano Estadual de Saúde- SES

A verba de que o município dispõe para a saúde, muitas vezes, não possibilita mudanças na rede básica. Segundo dados do CIS, do Orçamento Municipal são apenas destinados 2,5% (em média) para a área da saúde, sendo que 2,0% são gastos com o pagamento de funcionários, além de outros investimentos.

A verba destinada pelo SUS (em R\$), através do Fundo Municipal de Saúde corresponde ao montante apresentado na tabela 2.6.

Tabela 2.6

Receita do Fundo Municipal de Saúde /SUS - Fpolis

ANO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
1994	85.541,00	27.362,00	197.688,00 *	69.093,00

Fonte: CIS/ SMSDS

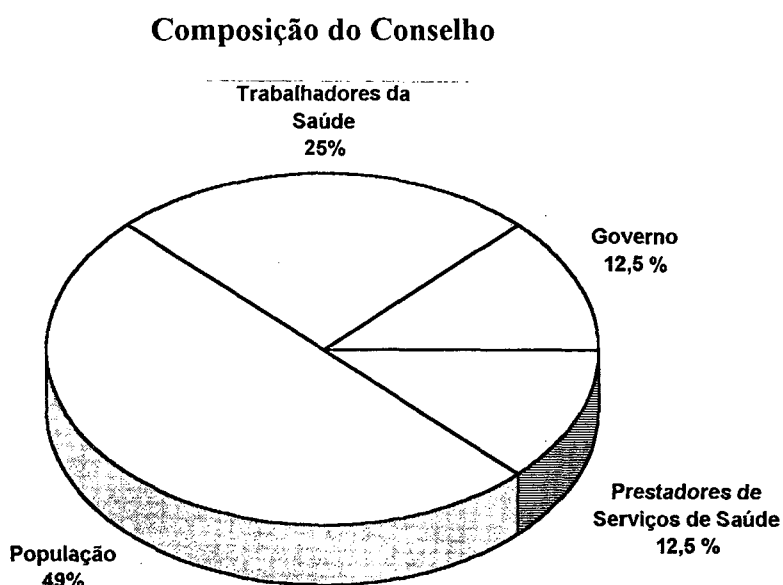
(*) Ocorreu atraso em julho, devido ao repasse sem correção do Ministério da Saúde.

Para receber os recursos financeiros do Ministério da Saúde, via Fundo Municipal de Saúde - SUS, foi necessário a implantação do Conselho Municipal de Saúde (Lei nº 8.142/90 e a Norma Operacional Básica nº 1 do SUS/1991). Com a implantação deste conselho, busca-se garantir a participação popular nas instâncias representativas e nas decisões das questões de saúde do município.

“O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes de governo e prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo” (Cartilha do Fórum Popular Estadual de Saúde de SC, 1993).

A composição do Conselho é paritária em relação aos representantes da população, observe no figura 2.3.

Figura 2.3



Fonte: Plano Estadual de Saúde - SES

Em Florianópolis, de acordo com o artigo 2º da lei 3291/89, que altera a redação da lei 3291/89, a qual regulamenta a implantação e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde -CMS.

O Conselho Municipal de Florianópolis iniciou suas atividades em 13 de abril de 1993, mediante a participação de diversos representantes da sociedade civil e do governo. Neste processo de contribuição e de atividades do CMS, ocorreram diversas dificuldades, tais como: a falta de participação e a desinformação dos conselheiros, interesses heterogêneos, burocracia do sistema, visão estreita/restrita sobre o CMS, entre outros.

Apesar dessas dificuldades, o CMS vem se estruturando para que realmente seja representativo em todos os níveis e cumpra com seus objetivos, assim atendendo a rede de saúde do município, principalmente as verdadeiras necessidades dos usuários.

Além do CMS, a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social desenvolve alguns programas destinados às crianças e adolescentes, aos quais proporcionam orientação, defesa e proteção. Esta secretaria anteriormente chamava-se Divisão da Criança e Adolescente. Há pouco tempo, com a nova gestão denominou-se Divisão de Educação Promoção Social. Ela tem como objetivos:

- desenvolver programas e projetos de educação social para a família, a criança, adolescentes e idosos;
- atender crianças e adolescentes, nos períodos extra-escolares, numa perspectiva sócio-pedagógica, preparando-os para o exercício da cidadania;
- prestar orientação de ordem social e psicológica à família;
- apoiar e participar junto ao Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, a discussão e aplicação das políticas de atendimento a esta diretiva.

A Prefeitura da cidade de Florianópolis trabalha com três programas básicos de atendimento à criança, especificados a seguir.

1 - Programa de Proteção e Educação Social a Criança e Adolescente em Situação de Risco

Este programa é composto por quatro projetos a saber:

a) Casa da Liberdade: este projeto atende 70 a 80 meninos de 7 a 13 anos, tendo como objetivo preparar o adolescente para o trabalho. Atende no período matutino os usuários permanentes (20 meninos) com ênfase na educação social. À tarde, funcionam os cursos ou oficinas, que oferecem qualificação para o trabalho.

O projeto tem como perspectiva uma proposta voltada ao trabalho tomado como princípio educativo.

A Casa da Liberdade funciona junto a Passarela do Samba, e atende crianças e adolescentes das comunidades vizinhas. As atividades desenvolvidas em 1993 compreenderam: alimentação, reforço escolar, trabalho de informática, grupo de produção, recreação, esportes, acompanhamento, orientação, higiene e saúde.

b) SOS Criança: este projeto atende uma média mensal entre 70 e 120 casos (1993) de crianças vítimas de violência. Esta instituição será tratada com mais detalhes no item 2.2.

c) Albergue Santa Rita de Cássia: este projeto visa abrigar crianças e adolescentes na faixa etária de 7 a 18 anos e tem como objetivo restabelecer os vínculos familiares. É um local de passagem, na medida em que os usuários permanecem na instituição temporariamente. As atividades desenvolvidas em 1993 foram alimentação, higiene, lazer e repouso noturno. O funcionamento ocorre das 17 h até as 08 h.

d) Casa Lar: atualmente este projeto não está funcionando por falta de providências, no que se refere a infra-estrutura e recursos humanos.

2 - Programa de Educação Complementar

É formado por três centros denominados Centros de Educação Complementar (CEC) nos seguintes bairros: Itacorubi, Parque da Figueira e Costeira do Pirajubaé. Estes centros trabalham com entidades comunitárias, que buscam discutir o planejamento, avaliação e propostas de trabalho.

Em 1993 o número de atendimentos anual foi de 220 por centro. As principais atividades desenvolvidas incluíram: alimentação, noções de higiene, reforço escolar, recreação e esportes, comemorações e passeios, artesanato, família/escola/comunidade. A coordenação destes está a cargo de assistentes sociais.

A participação popular nestes programas ocorre a partir do chamamento das comunidades para discutir e elaborar o planejamento do trabalho, principalmente na Casa da Liberdade.

Os programas desenvolvidos pela Prefeitura Municipal de Florianópolis pautam suas propostas com base nas diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente.

3 - Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)

Este programa trabalha com cinco ações básicas para a saúde da criança:

- aleitamento materno;
- imunização;
- infecções respiratórias agudas (IRA);
- terapia de reidratação oral (TRO);
- acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (ACD).

Essas ações, definidas a nível nacional, são trabalhadas em todos os Estados, pois são básicas, porque os estudos epidemiológicos realizados nos últimos anos evidenciam que tais ações possibilitam a diminuição do índice de morbi-mortalidade. Estudos revelam por exemplo, se uma mulher amamenta até os **seis meses**, a diarreia do bebê será menor. As pesquisas científicas também mostram que a amamentação protege tanto a mãe quanto a criança de várias doenças.

Quanto aos recursos deste programa, desde o ano de 1993, na pauta está ainda o valor destinado para a reciclagem do pessoal, principalmente de médicos.

A nível local, este projeto busca desenvolver ações de natureza preventiva, fortalecendo o trabalho desenvolvido nas bases. Neste nível local, o trabalho é realizado por uma equipe composta de médicos e enfermeiros que buscam realizar um diagnóstico das demandas apresentadas, no sentido de elaborar planos de ação.

Quanto à participação das comunidades nesses programas, poucos resultados têm sido alcançados, a não ser particularmente em alguns locais, como é o caso da comunidade de Cachoeira do Bom Jesus, onde existe um grupo que trabalha com gestantes e adolescentes.

Desses programas desenvolvidos pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, nem todos aparecem como demandas do Serviço Social da Divisão de Pediatria/HU. Dentre eles apenas o SOS Criança aparece nos encaminhamentos realizados.

No item a seguir, buscamos explicitar as solicitações mais freqüentes realizadas pelos usuários e as respostas dadas pela diferentes instituições.

2.2 ATENDIMENTO À SAÚDE: DEMANDAS E RESPOSTAS INSTITUCIONAIS

As instituições são produtos históricos, que se representam por um conjunto articulado de saberes (valores, ideologias e normas) e políticas internalizadas na consciência comum dos atores sociais. Este conjunto de saberes e práticas é produzido a partir das relações que se estabelecem entre os homens na produção de sua existência material. São espaços permeados por contradições, por onde correm as ideologias que direcionam o ser social, que variam de acordo com a situação estrutural e/ou conjuntural, com a posição no conjunto da sociedade. Surgem a partir de determinadas demandas e a maioria delas se destinam particularmente ao atendimento da população excluída do campo das demais políticas sociais. Constituem-se no seio do processo da diferenciação no campo das lutas entre forças desiguais (classes dominantes/classes subalternas), os quais fazem emergir áreas de conflitos e de contradições e são encobertas, ainda, pelo “véu do consenso, resultado do embate entre forças sociais” (Santos, 1980:116), pois tende a realizar os interesses dominantes na sociedade.

As instituições públicas são condicionadas pela dinâmica do Estado capitalista que mantém sua hegemonia através das classes dominantes. Especializa-se através das instituições para realizar a sua dominação sob a óptica da “vontade coletiva”, incorporando, assim, um contingente crescente das classes subalternas. Desta forma, as instituições são centros de micro poder, cujas relações de poder são respaldadas pelo Estado, garantindo a produção/reprodução das relações sociais dominantes, afirmando-se como um monopólio de legitimidade, tornando indiscutíveis as suas intervenções; a menos que ocorra uma oposição firme de outra instituição ou um movimento de resistência do público (usuários) e/ou de classes subalternas para reverter este quadro.

Em decorrência disso, a evolução das práticas assistenciais em nosso país têm se orientado pela racionalidade fragmentadora da realidade que caracteriza o modo como o Estado brasileiro responde às demandas, através de seu aparato institucional. Neste sentido, o

contexto institucional da sociedade é o próprio contexto do Estado. Para compreender esta dinâmica é necessário conhecer as características do Estado.

Segundo **Almeida** (1990), observa-se que:

"O Estado, através de suas instituições sociais e política, é veiculado como instância da ordem e da autoridade superior sobre a sociedade civil. Neste sentido, através de seu 'monopólio de instituições', o Estado ajuda a manter e a reproduzir as estruturas da sociedade a partir da ótica dos interesses dominantes."

No entanto, conforme completa **Yazbek** (1993:19):

"É importante lembrar que da sociedade civil partem demandas que o Estado deve atender. Ambos, sociedade civil e Estado, resultam de relações sociais contraditórias e produzem instituições políticas voltadas ao atendimento das necessidades sociais e políticas da sociedade."

As instituições existem em função do controle do Estado de um ou outro problema social, podendo assim, manipular as camadas mais carentes, para manter sua hegemonia. Embora isto ocorra, a mobilização popular contrapõe-se ao plano político-institucional do Estado, colocando-se como elemento estratégico na construção da contra-hegemonia, que expressa a luta política dos excluídos. Assim, abre possibilidades para um jogo democrático,

permitindo o credenciamento de novos atores coletivos aptos a apresentar alternativas frente às novas concepções e com maiores influências nas decisões.

“As instituições representam esse espaço de confronto da gestão do capitalismo sobre a vida cotidiana e imobilização de recursos das classes dominantes em relação aos conflitos e ameaças à ordem social e também à expansão das conquistas populares, em forma de organização das categorias atendidas pelas instituições e mobilização por reivindicações que se tornem justamente pela feição institucional que assume” (Nogueira, s.d.).

Através do contato diário com as famílias das crianças internadas na Divisão de Pediatria/HU, percebemos as diversas necessidades que os usuários enfrentam no seu cotidiano em relação à saúde, alimentação e transporte, entre outras. E para atender algumas destas questões, o Serviço Social informava sobre os serviços e programas oferecidos pelo HU e por outras instituições assistenciais.

Para verificar se os usuários estavam sendo atendidos por essas instituições, bem como se o Serviço Social estava utilizando os procedimentos adequados, vimos a necessidade de realizar o levantamento das instituições mais solicitadas pelos familiares. Assim procuramos identificar sua política e os programas que desenvolvem na prestação de serviços/benefícios à população.

No período de estágio, dos meses de março/93 a maio/94, foram efetuados 47 encaminhamentos às instituições. Estes eram registrados na “ficha/estatística”, elaborada para o controle dos tipos de encaminhamentos e instituições (ver anexo). Podemos observar na

tabela 2.7 as instituições mais solicitadas, e na figura 2.4, o número de solicitações por instituição, apresentadas a seguir.

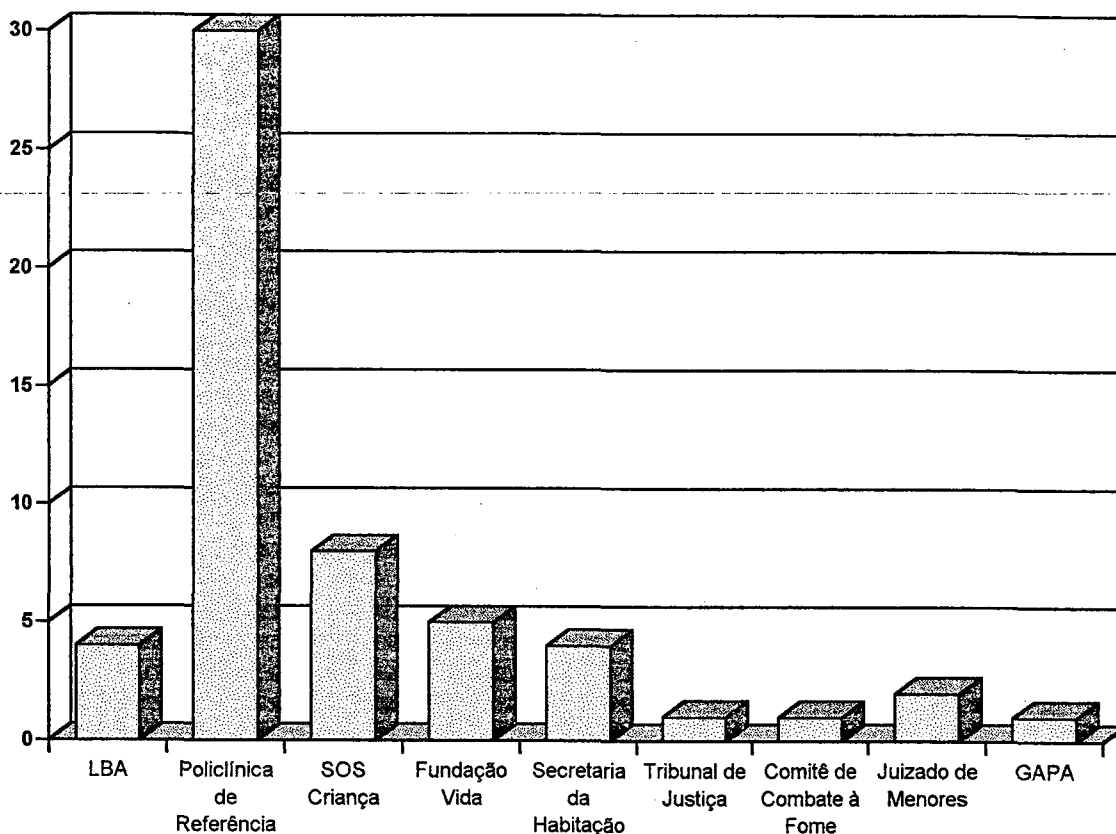
Tabela 2.7
Instituições mais solicitadas

Instituições		Quantidade
1. Policlínica de Referência do SUS	Planejamento Familiar	16
	Leite	14
2. SOS criança		8
3. Fundação Vida		5
4. LBA		4
5. Secretaria de Habitação		4
6. Juizado de Menores		2
7. Tribunal de Justiça		1
8. Comitê de Combate à Fome		1
9. GAPA		1
TOTAL		56

Fonte: Serviço Social da Divisão de Pediatria/HU

Figura 2.4

Número de Solicitações/Instituições



Fonte: Serviço Social da Divisão de Pediatria/HU

Percebemos que, em média, ocorriam três encaminhamentos mensais no atendimento aos usuários, o que observamos através do número de solicitações/mês. Constatamos que a procura por instituições assistenciais é baixa em relação aos serviços prestados pelo Serviço Social da Divisão de Pediatria/HU. A grande maioria dos usuários, procurava-nos para atender suas necessidades imediatas, para a recuperação da saúde da criança que envolviam medicamentos, transporte e alimentação; recursos estes disponíveis no próprio setor.

Os encaminhamentos mais frequentes realizados pelo Serviço Social para as instituições foram os seguintes: planejamento familiar, geralmente para as mães que tinham uma grande quantidade de filhos e não conheciam os métodos anticoncepcionais; o leite para as crianças

que recebiam alta hospitalar; o atendimento do SOS Criança para as situações que envolviam a criança nos problemas familiares; e outros benefícios como: alimentação (cesta básica), passagens para transporte, óculos e cadeira de rodas. Percebe-se na tabela 2.8, a seguir, os números de solicitações/mês e o gráfico demonstrativos (figura 2.5).

Tabela 2.8

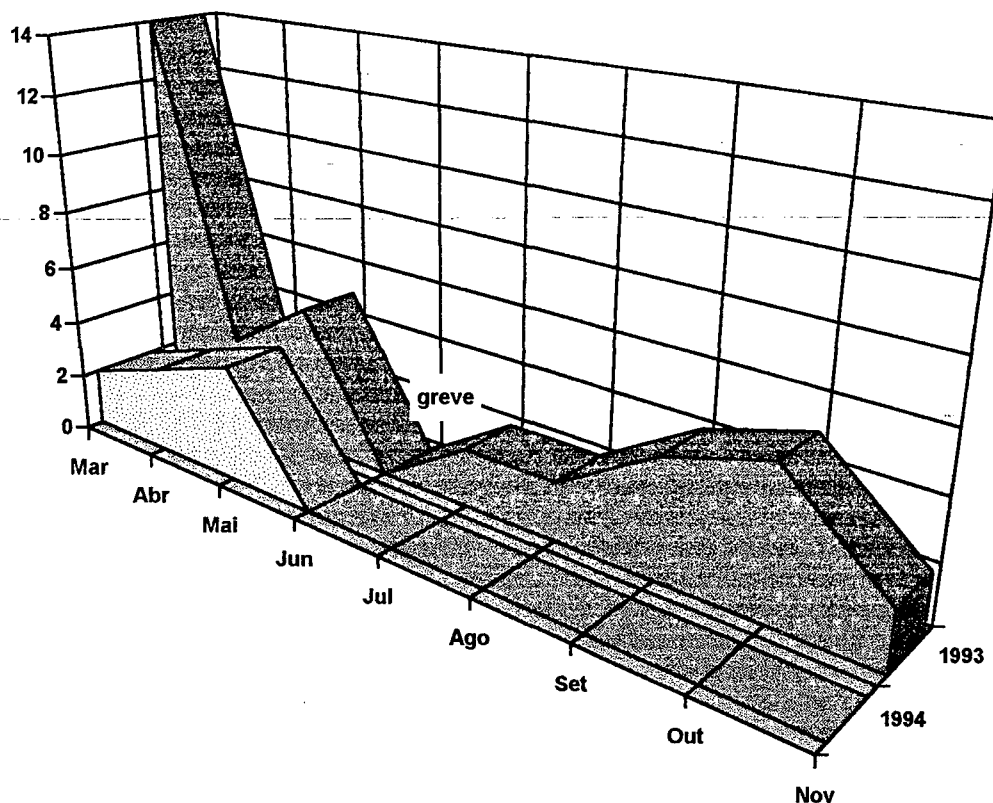
Número e solicitações/mês

Meses	Ano	
	1993	1994
Março	14	2
Abril	3	3
Maio	5	4
Junho	greve na UFSC	-
Julho	2	-
Agosto	2	-
Setembro	4	-
Outubro	5	-
Novembro	2	-
Total	37	9

Fonte: Serviço Social da Divisão de Pediatria/HU

Figura 2.5

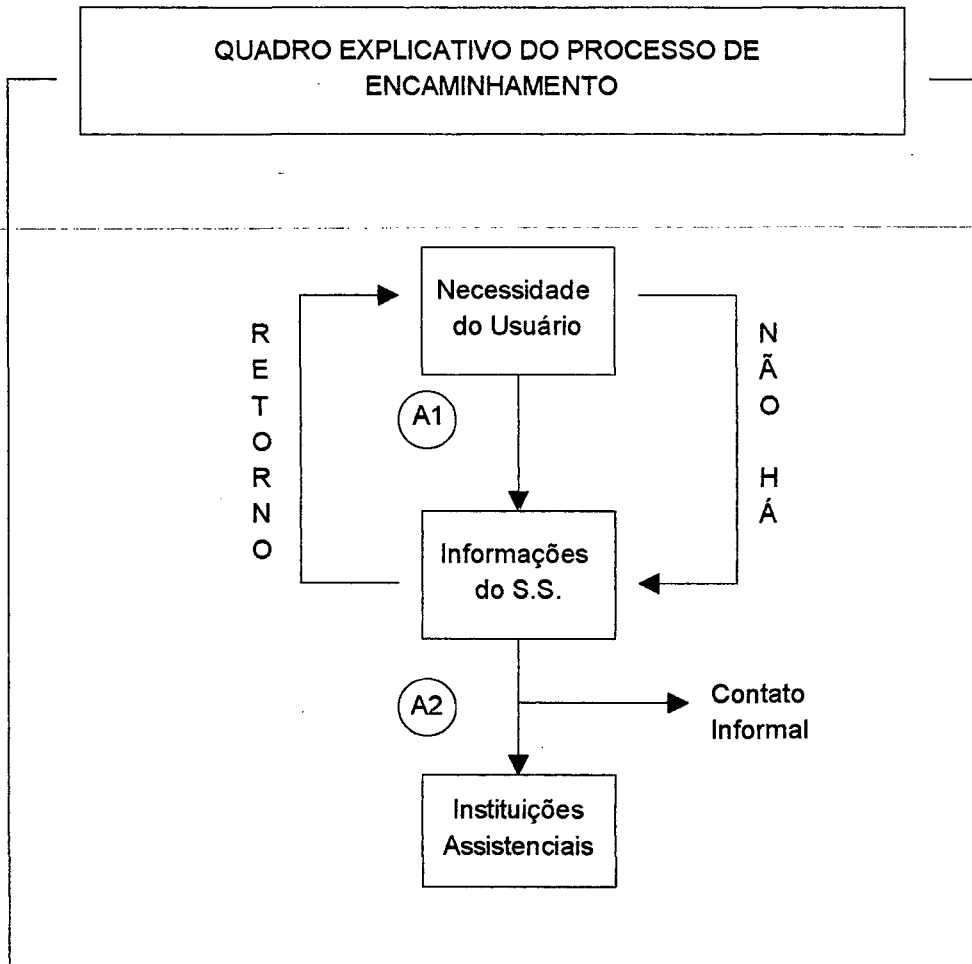
Número de Solicitações/mês - 1993/1994



Fonte: Serviço Social da Divisão de Pediatria/HU

O atendimento ao usuário e o contato com as instituições assistenciais, foram realizados conforme as solicitações dos usuários, que nos procuravam para satisfazer suas necessidades materiais como relatamos anteriormente. Logo, mantínhamos contato informal com as instituições (A2), para nos informar sobre a disponibilidade dos recursos, como também da documentação necessária para adquiri-los. Caso elas tivessem disponíveis, os recursos, enviávamos através do usuário uma "carta de solicitação" (ver anexo) a qual discriminava a solicitação deste e suas necessidades. Além disto, orientávamos o usuário sobre a documentação necessária, entre outras informações, como: referências, endereços e etc. (A1). Este processo de atendimento e encaminhamento pode ser visualizado na figura 2.6, a seguir.

Figura 2.6



Fonte: Serviço Social da Divisão de Pediatria/HU

Dentro do processo metodológico previsto para este trabalho, realizamos entrevistas em instituições, especificadas em um roteiro (ver anexo). As instituições selecionadas foram:

1. Policlínica de Referência do SUS - Planejamento Familiar
2. SOS Criança
3. Fundação Vida

1. Policlínica de Referência do SUS - Planejamento Familiar

A urbanização da sociedade brasileira e a industrialização provocaram motivos de preocupação com o planejamento familiar. No início da década de 60, foram as instituições de iniciativa privada que tomaram consciência desta questão. O Estado, até esta época, não tomara qualquer ação referente à produção de serviços de planejamento familiar. Somente a partir de 70, o movimento popular iniciou a reivindicação política por programas de interesses populares. Alguns governos pronunciaram-se a favor do planejamento familiar. Embora houvesse esta preocupação, os programas não saíam das gavetas ministeriais, e apenas discutiam os problemas relacionados a esta questão.

No ano de 1984, realizou-se a Conferência Mundial de População no México, sendo que a delegação brasileira, que a ela compareceu, foi presidida pelo Ministro de Saúde Waldir Arcoverde. Neste mesmo ano (1984), o Ministério da Saúde propõe um Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), considerando, assim, uma política de saúde à mulher e oferecendo um conjunto de serviços básicos regionalizados, destinados ao atendimento da população feminina, inseridos na rede pública.

O PAISM tem como ponto básico: assistência clínico-ginecológica, composta de:

- Prevenção do câncer cérvico, uterino e mamário;
- Prevenção das patologias ginecológicas (doenças sexualmente transmissíveis);
- Assistência à mulher menopausada;
- Planejamento familiar.

Apesar da criação do PAISM, o governo federal não atingiu grandes avanços nesta área, pois este programa não conseguiu tratar a questão da saúde da mulher com profundidade devido a todas as debilidades e desencontros do sistema de saúde como um todo. Uma das principais dificuldades do programa é o fato de ter sido elaborado pelo Ministério da Saúde e

sua execução estar a cargo das secretarias estaduais e municipais, e as verbas para o mesmo estarem na dependência do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Em 1985, a “Nova República” (José Sarney) estabeleceu prioridades na área social, desenvolvendo ações voltadas à Assistência à Saúde da Mulher, e dentro destas estava o programa de “Assistência ao Planejamento Familiar.” Este programa foi colocado em prática, com grandes dificuldades, pois os profissionais da saúde alegaram ineficiência devido à falta de recursos financeiros e recursos humanos especializados.

Com a Constituição Brasileira de 1988 o planejamento familiar é legalmente atribuído como direito à saúde dos brasileiros. Diz seu artigo 226:

“A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. Parágrafo 7.º - fundado nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.”

Apesar de ser um direito constitucional o planejamento familiar ainda é tratado com grande descaso por parte das autoridades do nosso país. O que vemos em nossa sociedade é a ausência da aplicação das leis e dos programas de saúde que iriam beneficiar o povo, pois até hoje a anticoncepção não faz parte efetivamente dos serviços públicos de saúde.

Assim como a nível nacional, também no Estado de Santa Catarina não existe uma política de planejamento familiar. Em 1988 foi implantado no Estado o Programa de

Assistência ao Planejamento Familiar, que está contextualizado dentro do programa do PAISM.

O programa de Assistência Ao Planejamento Familiar está dentro da política do SUS e tem como objetivos:

- oferecer à população os meios de controlar a prole, sendo que a decisão quanto ao número de filhos cabe à mulher ou casal;
- desenvolver um trabalho educativo, mostrando à mulher, homem ou adolescente, os métodos anticoncepcionais que existem;
- informar os efeitos benéficos e maléficos de cada método;
- mostrar à mulher ou casal a importância do espaçamento entre a gravidez para a saúde da mulher.

O planejamento familiar, uma das ações de Assistência clínico-ginecológica, é colocado como um direito da mulher ou casal.

"A atuação dos profissionais de saúde, no que se refere à questão do planejamento familiar, deve estar pautada no pressuposto básico de que todas as pessoas têm o direito à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenha como indivíduos ou casais.

É de competência dos serviços de saúde dar assistência tanto às pessoas que desejam ter filhos, mas que apresentam alguma

dificuldade para tal, quanto àquelas que, por razões pessoais ou médicas, desejam evitar uma gravidez.

No sentido de preparar a rede básica de saúde à prestação de tal assistência, o presente manual visa orientar a atuação dos profissionais de saúde nas questões relacionadas à esterilidade, infertilidade e à contracepção, de forma a responder às expectativas e necessidades de nossa população" (Ministério da Saúde, 1988).

A Policlínica de Referência do SUS situa-se na Rua Esteves Júnior (centro), de Florianópolis. Para obter maiores informações sobre seu funcionamento, realizamos entrevista com a enfermeira Maria Luiza Danasio Araújo, responsável pelo atendimento aos usuários do planejamento familiar.

Ela colocou-nos que, em 1986, a política de planejamento familiar tornou-se uma política de saúde, sendo que o antigo INAMPS, que atualmente é a Policlínica, foi o primeiro órgão a implantar no Estado este atendimento. A política desta instituição baseia-se na resolução do INAMPS n 123/86 - item F e na Portaria n MPAS - 3 - 360 de 04.02.1986, que dizem o seguinte:

a) Resolução INAMPS n 123/86 - item F

"Através de serviços de Clínica Médica e de Gineco-Obstetrícia orientem sobre os métodos conceptivos e anticonceptivos, adequados a um planejamento familiar, dando preferência aos métodos naturais, respeitando a liberdade de opção da mulher e do casal, garantindo rigoroso acompanhamento clínico no caso da escolha de outros métodos. A

prescrição dos métodos contraceptivos e anticoncepcionais químicos e mecânicos, com exclusão dos meios anti-~~gênicos~~, só poderá ocorrer após criteriosa avaliação clínica e com pleno conhecimento dos riscos, vantagens e desvantagens pelos usuários. Devem ser adotados apenas aqueles devidamente testados e comprovadamente inócuos à saúde. Será preservada a plena integridade dos conteúdos técnicos e éticos dos métodos naturais.

b) Portaria n MPAS - 3.360, de 04 de fevereiro de 1986.

"Tendo em vista a atual política de saúde e considerando as resoluções acima fez-se necessário a implantação de um programa de planejamento familiar".

Como já descrevemos, os objetivos desse programa consistem em orientar a mulher ou casal sobre os métodos anticoncepcionais e esterilização, e os meios de concepção ou contracepção, educação sexual, doenças sexualmente transmissíveis e o atendimento integral às pessoas.

O estado programa é desenvolvido através de consultas de enfermagem, baseando-se num trabalho educativo, onde são repassadas as informações sobre os métodos anticoncepcionais. Após escolhido o método a ser utilizado, compete ao Estado distribuir gratuitamente o material necessário à mulher ou casal. Para isto, solicita-se a realização de consultas periódicas para o controle e orientação, sendo que estes usuários ficam cadastrados na "Ficha clínica ginecológica da paciente". Segundo Araújo (1994), "a grande maioria dos pacientes retornam para consulta; para os faltosos são enviadas cartas ou telefonemas."

O atendimento é também executado por outros profissionais, como médicos, assistente social e psicólogos. Este trabalho educativo é realizado através de cartazes, panfletos e livretos sobre os métodos. Conforme escreve Garcia (1994), para os profissionais que executam o programa de planejamento familiar, este representa uma questão de saúde e de cidadania, sendo um direito assegurado na Constituição Federal de 1988.

A demanda deste programa é encaminhada pelo posto de saúde, através da marcação de consultas via computador, sendo enviadas à Policlínica como consultas de enfermagem. Neste sentido a demanda espontânea é proibida, pois é necessário o número do prontuário do paciente (Cartão do SUS). Esta demanda que antigamente era atendida pelo INAMPS, passou atualmente a ser atendida pelo SUS.

A policlínica é também um ponto de referência para os municípios da região que não dispõem deste programa, o qual possui 2.652 pacientes registrados. O horário de atendimento na policlínica compreende o período vespertino, das 13:00 h às 18:00 h.

Do total dos usuários (16) encaminhados ao Programa de Planejamento Familiar 11 mães não trabalham fora de casa, 4 são faxineiras e há 21 casos sem informações. Quanto ao seu nível de escolaridade: 9 têm o primário, 2 são analfabetos, 2 têm o primeiro grau e 3 casos estão sem informações.

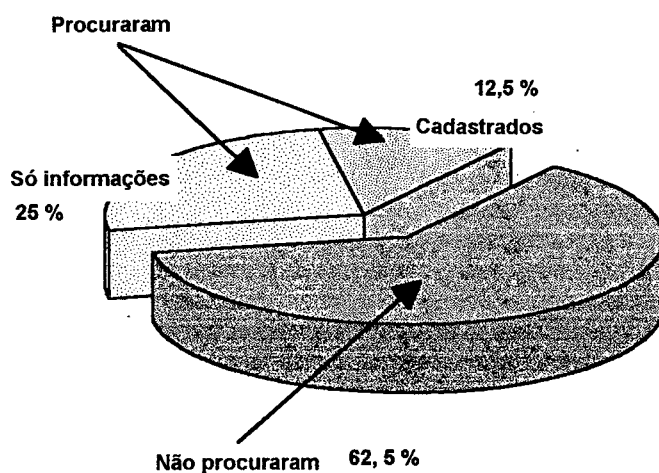
No atendimento aos usuários do Serviço Social (Pediatria), percebemos que a maioria destes desconhecem o programa de planejamento familiar. Estes usuários, muitas vezes, têm o acesso garantido no seu próprio posto de saúde, podendo, assim, obter informações ou materiais necessários para sua problemática. Porém, há falta de informações nos postos como também do próprio usuário sobre a nova forma de atendimento.

Com relação a efetividade dos encaminhamentos realizados pela Pediatria do Hospital Universitário ao Planejamento Familiar, buscamos averiguar como aqueles foram atendidos por este programa. Dos 16 encaminhamentos realizados, tomamos como parâmetro 50%, para verificar o atendimento prestado.

Conforme evidencia-se na figura 2.3, a seguir, destes 50% encaminhados 12,5 foram apenas cadastrados, 25% compareceram apenas para solicitar informações e 62,5% não procuraram este atendimento.

Figura 2.8

Efetividade dos usuários do Serviço Social no Programa de Planejamento Familiar/Policlínica do SUS.



Fonte: Serviço Social da Divisão de Pediatria/HU

No contato com alguns familiares, verificamos que os principais motivos que os levaram a não procurar o programa foram: a dificuldade de acesso (falta de dinheiro para o ônibus, principalmente as famílias que moravam distantes do centro), a quantidade de filhos em casa (não havendo onde deixá-los), o trabalho (muitas mães trabalham como domésticas no período comercial), como também o comodismo de alguns usuários.

É importante esclarecer que o Serviço Social da Pediatria do HU não teve possibilidades de investigar junto aos usuários como foram atendidos pelo programa. Tais dificuldades se referem a questões como: difícil acesso aos locais de moradia; poucos dados

referentes ao endereço; mudanças constantes de endereço bem como ausência de condições estruturais (viatura para visitas) do próprio hospital.

2 - SOS Criança

Desde o início de sua implantação, o SOS Criança foi um projeto de execução da Prefeitura Municipal de Florianópolis em convênio com a Fundação Vida e o Governo do Estado na gestão do Sr. Wilson Pedro Kleinübing. Este projeto foi concebido em maio de 1991 e articulado à Diretoria de Justiça da Secretaria Estadual da Justiça e Administração (SEJA), Gerência de Apoio a Programas de Proteção de crianças e adolescentes. Empenhada na busca de aplicação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), a presidenta da Fundação Vida, a Sra. Vera Kleinübing, podendo contar com a valiosa área física e disponibilidade de recursos federais voltados à política de proteção especial, contactou com a SEJA que cedeu pessoal de nível superior e médio para implantação dos projetos SOS Criança, Albergue Santa Rita de Cássia e Casarão da Integração Adolescente/Idoso.

A partir da experiência vivenciada, essa equipe buscou articulação e discussão do projeto com o Conselho Estadual da Criança e Adolescente, Justiça da Infância e Juventude, Conselho Estadual de Entorpecentes, Prefeitura Municipal de Florianópolis, dentre outros. Após este processo que se estendeu por um período de 6 meses, ocorreu a elaboração dos primeiros instrumentais de intervenção, e o início do trabalho direto com a clientela.

De novembro de 1991 a março de 1992, a clientela era formada basicamente por meninos de rua encaminhados pelo Projeto "Meninos de Rua" da Prefeitura Municipal de Florianópolis, pela Justiça da Infância e da Juventude da capital.

A partir da ativação do telefone 1407 em janeiro de 1992, através do convênio firmado entre a Fundação Vida e a TELESC, e da inauguração oficial do SOS Criança (8 de abril de

1992), houve conseqüentemente sua divulgação, chegando a ele denúncias de maus tratos, abandono e negligência, praticados contra crianças e adolescentes

Esse projeto visa garantir o respeito dos direitos humanos, sobretudo à integridade física, psíquica e moral de crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 18 anos incompletos, que se encontram em ameaça de transgressão no que diz respeito à vida, à liberdade e à dignidade inerentes à sua condição de cidadão. Além disto, visa prestar orientação à população em geral acerca de políticas sociais básicas, assistenciais e de proteção especial voltadas a crianças e adolescentes

O atendimento do SOS Criança é prestado por uma equipe técnica interdisciplinar composta por profissionais das áreas de Serviço Social, Pedagogia, Psicologia, Direito e afins, durante 24 horas ininterruptas. Os serviços são acionados através do telefone ou por procura espontânea na sede, com a garantia do sigilo absoluto aos usuários. ⁽⁵⁾ A sede está localizada à rua Rui Barbosa, 125, bairro Agrônômica, Florianópolis - SC.

Realizamos entrevista sobre o SOS Criança com a Assistente Social Rita de Cássia Nunes, Coordenadora dos programas desenvolvidos pela Divisão de Educação e Promoção Social da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social do Município de Florianópolis.

Com o processo de municipalização que ocorreu em 11 de maio de 1993, o projeto SOS Criança ficou sob coordenação da Prefeitura Municipal, num trabalho conjunto com a Associação Florianopolitana de Voluntários (AFLOV). Ele atende uma média mensal de 70 a 120 casos (dados de 1993), e tem como objetivo: atender, averiguar e orientar denúncias de maus tratos (violência sexual, física) e abandono praticados contra crianças e adolescentes.

Em 1993 o SOS Criança recebeu: 1388 denúncias e 493 casos que mereceram orientação e encaminhamento, atingindo um total de 1881 atendimentos. Destas ocorrências os

⁽⁵⁾ Dados extraídos do Trabalho de Conclusão de Curso de Teodora Aparecida Pereira, 1993

motivos mais freqüentes foram os seguintes: negligência da família, agressão, fuga de casa e abandono. As localidades atendidas com maior freqüência em 1993, foram estas comunidades da grande Florianópolis: Monte Cristo, Centro, Costeira do Pirajubaé, Trindade e Barreiros. A faixa etária das crianças atendidas no SOS Criança, representa em porcentagem:

0 a 7 - 55 %
7 a 12 - 35 %
13 a 16 - 8 %
acima de 16 - 2 %

A tabela 2.9, a seguir, dos usuários encaminhados a esta instituição: apresenta o nível de escolaridade e atividade profissional.

Tabela 2.9

Atividade profissional e escolaridade dos usuários do SOS Criança

USUÁRIO	ATIVIDADE PROFISSIONAL	ESCOLARIDADE
mães	4 faxineira 1 vende jornal 3 do lar	1 analfabeta 1 semi-analfabeta 3 nível primário 1 primeiro grau
pais	desempregado pintor 2 pedreiro 2 vigia noturno 1 s/ informação 1 aposentado	3 s/ informação 1 semi-analfabeto 3 nível primário 1 primeiro grau

Fonte: Serviço Social da Divisão de Pediatria/HU

Sobre a efetividade dos usuários atendidos no SOS Criança, podemos afirmar que 50% dos casos estudados (4), todos compareceram à instituição ou foram procurados por este serviço. Concluímos, então, que a maioria (considerando todos os casos) procurou este atendimento. Das instituições estudadas, o SOS Criança foi a que trocou maiores informações com a equipe do HU.

3 - Fundação Vida

A Fundação Vida é uma entidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, a qual é presidida pela Primeira Dama do Estado. Situa-se no bairro Agrônômica, nas proximidades da Casa do Governador. Como vimos anteriormente, a Fundação Vida iniciou suas atividades no governo de Vilson Pedro Kleinübing, sob a coordenação da sua esposa: Sra. Vera Kleinübing, junto com o projeto SOS Criança. Com o processo de municipalização, o SOS tornou-se responsabilidade do município e a Fundação Vida continuou sob a responsabilidade do Estado.

Na entrevista realizada na Fundação Vida, a diretora técnica Ilvany Porto do Lago e a secretária geral; Maria Ângela Cedeli informaram-nos que a atual diretoria assumiu o cargo em 28 de agosto de 1994, sob a direção da Sra. Maria Pompéia Konder Reis Malburg (parente do atual governador Dr. Antônio Carlos Konder Reis).

A diretora técnica colocou-nos que a Fundação divide-se em duas diretorias: Técnica e Financeira/Administrativa, dispondo de 14 funcionários. Tem como objetivos atender as pessoas mais carentes, como idosos, crianças e deficientes. A gestão atual está dando atenção especial aos deficientes, não seguindo nenhuma diretriz política para atendimento a este segmento da população.

É importante colocar que esses serviços ficam a cargo das primeiras damas, os quais se configuram como filantropia/benesse dos governantes aos mais pobres. Esta assistência: “permanece naquele patamar de ação que é mais uma questão de *políticos* que de *políticas*” (Falcão, 1990: 154), reforçando assim, o caráter paternalista do Estado e com uma função de compensação no trato da pobreza..

Para Falcão (1990: 156), as chefias das agências governamentais responsáveis pela assistência social deveriam passar por “sabatinas”; só assim, as instituições assistenciais coordenadas pelas primeiras damas deixariam de ser redutos eleitoreiros para os políticos, que estendem suas “mãos populistas” aos mais pobres.

Yazbek (1993: 164) coloca que a assistência social, historicamente, vem ocupando um posição secundária e marginal no conjunto das políticas públicas e por consequência suas ações têm sido tangenciais às demais políticas sociais, compensando ou complementando a precária intervenção dessas políticas. Apreendida como residual, campo do clientelismo e da ação de primeiras damas, a assistência é regulação casuística por excelência, mas ainda assim é o mecanismo mais significativo na prestação de serviços sociais aos segmentos mais espoliados da sociedade.

O projeto desenvolvido pela Fundação Vida — Leite Criança — através da Secretaria da Agricultura e Abastecimento estão adquirindo novilhas que serão repassadas para os produtores rurais que terão prazo de dois anos para pagá-las, usando para isto a produção de leite, que será entregue à Fundação Vida, para ser distribuído às crianças carentes através das creches. Este projeto atende 56 creches, atingindo um total de 3.433 crianças. São destinados a este programa 1.428 litros de leite por dia...

Considerando que o cargo de diretora geral é ocupado pela primeira dama do Estado, logo ocorrerá uma mudança na instituição, devido a eleições para o Governo do Estado e a

respectiva posse no início de 1995. Esta situação transitória apresenta-se como um obstáculo identificado pela diretora para a elaboração e encaminhamento de novos projetos.

O critério de atendimento da Fundação Vida ocorre através do recebimento de uma solicitação formal (ofícios), ficando a cargo da direção o atendimento à solicitação recebida. Os materiais de que dispõe no momento para beneficiar usuários são: cadeiras de roda, óculos, aparelhos auditivo e vestuário. As verbas são repassadas pelo Ministério da Fazenda e BESC Club, além de convênios diversos firmados com o comércio e a indústria. O horário de atendimento desta fundação é de segunda-feira a sexta-feira das 8 h às 12 h e das 14 h às 18 h.

Com relação à efetividade dos usuários encaminhados à Fundação, do total de 5, averiguamos 60% dos casos. Constatamos que um terço destes foram atendidos, mas dois terços não o foram, devido à falta de verbas e à transição da diretoria.

A tabela 2.10, a seguir, apresenta a atividade profissional e ao nível de escolaridade dos usuários encaminhados a esta instituição:

Tabela 2.10

Atividade profissional e escolaridade dos usuários da Fundação Vida.

USUÁRIO	ATIVIDADE PROFISSIONAL	ESCOLARIDADE
Pais	1 dono de restaurante	2 nível primário
	1 fiscal	1 segundo grau
	1 pedreiro	2 s/ informações
	1 desempregado	
	1 s/ informação	
Mães	2 do lar	1 nível primário
	1 trabalha em creche	1 primeiro grau
	1 faxineira	1 segundo grau
	1 s/ informação	2 s/ informação

Com o levantamento desses dados nestas instituições, observamos que a participação dos usuários no processo de decisões é pouco significativa. A maioria dos programas são preparados por alguns profissionais e os benefícios são repassados sem uma maior orientação quanto aos direitos dos usuários.

Diante disso, Yazbek (1993:157) coloca:

“Esta modalidade de vinculação entre assistido e as instituições assistenciais tem levado à desagregação e à atomização das demandas que, sobretudo quando tratadas individualmente, não evidenciam o caráter coletivo e de classes dessas demandas. As demandas não-politizadas abrem o caminho para a apropriação clientelista no trato de questão social, que vai transformar em relação de favor o que é de direito”.

Os serviços sociais realizados pelas instituições compreendem, muitas vezes, uma ação de ajuda imediata e individualizada aos usuários, em geral com características de pronto-socorro social, atendendo de forma compensatória as classes dos subalternos.

Ainda do ponto de vista dos recursos institucionais, Yazbek afirma: “(...) os nossos usuários encontram instituições limitadas pelas circunstâncias em que foram criadas, pelas necessidades históricas que se propõem atender e operando programas sociais isolados e difusos que não dão conta do conjunto acumulado de suas carências”.

Para o Serviço Social da Divisão de Pediatria, colocamos como contribuição para futuros encaminhamentos à rede de atendimento à saúde o que segue:

1- quanto à comunicação: orientação e esclarecimentos gerais aos usuários através de cartilhas e reuniões, como também maior contato com as instituições assistenciais.

2 - quanto à ação: informações atualizadas ao usuário e contato com as instituições através de um banco de dados informatizado.

No próximo item, abordamos como as instituições assistenciais podem ou não contribuir para a construção da cidadania dos usuários que dependem dos serviços da rede pública de saúde.

2.3 DA NECESSIDADE À CONQUISTA DA CIDADANIA

No Brasil, diferentes autores têm reiterado que não ocorreu a universalização das leis (Estatuto da Criança e Adolescente, Lei Orgânica de Assistência, etc.), o que significa que a cidadania não é universal. Segundo **Pinheiro** (1992), a inexistência de controles democráticos sobre os governantes juntamente com a não extensão dos direitos humanos às camadas mais pobres da população mantêm a forte hierarquização social. Sendo esta alimentada pelo paternalismo, pela economia de subsistência e por estratégias de sobrevivência **O'Donnell** (1986), que impedem o desenvolvimento de propostas coletivas. Como consequência da não universalização das leis, cria-se um círculo difícil de ser rompido, pois, como coloca **Bendix** (1966), as desigualdades econômicas, sociais e políticas afetam a capacidade legal dos indivíduos e garantem a desigualdade perante as leis.

A cidadania que se desenvolveu no Brasil não é ampla e não resulta da consciência de que "(...) aqueles que contribuem para a riqueza e o bem-estar de seu país, têm o direito de serem ouvidos, merecem um **status** de respeito" (**Bendix**, 1966).

"A universalização inclusiva opõe-se à universalização excludente; ao acesso universal, opõe-se o acesso seletivo. Assim os impasses impostos à concretização do direito universal à saúde conjugam fatores inerentes à relação mais estrutural entre Estado e sociedade, ou relacionamento próprio da forma de regulação social do Estado brasileiro" (Vellozo e Souza, 1993:102).

Textualmente, reconhecemos o artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos do Homem, que diz:

"Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e o direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora do controle".

Apesar do que se evidencia nesta declaração, a maioria da população mundial continua privada de seus direitos. Cada direito requer a luta de quem não o exerce. Sem luta, o direito limita-se a uma utopia. A conquista do direito, por exemplo, à saúde é um caminho árduo a ser percorrido por todos. Entende-se que para que alguém tenha saúde são requeridas algumas condições de natureza biológica, econômica e social. Entre tais condições destacam-se a nutrição adequada, a moradia higiênica, o trabalho em ambiente salubre, o lazer suficiente, o saneamento básico e o poder aquisitivo de um salário ajustado às necessidades básicas do ser humano. A explicitação destes direitos configura-se em um processo histórico, determinado pelo gradativo amadurecimento da consciência das pessoas em relação a seu valor e suas necessidades biológicas, psíquicas e sociais. Estando sempre em crescimento, o direito caracteriza-se como dinâmico, enquanto incorpora e consolida as conquistas de classes sociais.

Por isso, tanto a saúde como a doença são questões coletivas dos indivíduos que estão submetidos às suas condições de existência. Por esta razão, a questão da saúde individual ou coletiva é sempre um problema público, um direito de cada cidadão e de toda sociedade: e ao mesmo tempo, uma responsabilidade e um produto tanto da ação do Estado como da luta organizada dos trabalhadores.

*"A universalização do atendimento dos serviços de saúde teve como consequência a transferência das camadas médias da população (justamente essas que têm peso de formação da opinião pública) para o setor privado de saúde. Esse processo é denominado de **Universalização Excludente**, onde a justa expansão de cobertura, não foi acompanhada pelo aumento da oferta de serviços, fazendo com que haja crescimento importante da demanda, com a queda da Qualidade" (Carvalho, 1993:129).*

O processo de fortalecimento da cidadania e a ampliação da democracia passam pelas políticas sociais e seus diversos órgãos e serviços, que compreendem um espaço privilegiado para a construção e aperfeiçoamento da cidadania, principalmente na sociedade brasileira que é desigual e excludente. Para este desafio, é necessária a superação de um padrão de intervenção social centralizado, fragmentado e paternalista. Trata-se da transformação da população "excluída" e dependente das políticas sociais em "sujeitos de direito".

Conforme escrevem **O'Donnel e Ozlar** (1993:33):

"O processo das políticas sociais é também um processo de constituição de cidadania, em que os benefícios e os impactos, além do lado assistencial só podem ser concedidos como processo fundamental de uma dialética de construção da cidadania".

A mobilização popular nesta transição é um elemento importante, porque abre possibilidades para um jogo democrático, que permite o credenciamento de atores coletivos aptos na construção da contra-hegemonia, assim, valorizando a luta política dos excluídos e fazendo valer os seus direitos. Neste movimento, as necessidades da população transformam-se em espaços de luta, permitindo o acesso às informações e aos direitos sociais.

Para o Serviço Social da Divisão de Pediatria/HU, a construção da cidadania dos usuários, passa primeiramente pelo acesso às condições mínimas de sobrevivência, da oportunidade de trabalho e do acesso às informações e seus direitos.

Percebemos que a maioria das instituições assistenciais e das redes de atendimento à saúde trabalham meramente como repassadoras da política do Estado e de seus benefícios, que, muitas vezes, são fornecidos "como um favor" aos excluídos. Embora isto ocorra, o Serviço Social da Pediatria busca diferenciar-se deste tipo de atividade, tornando-se um canal de acesso a estes usuários onde tenta esclarecê-los, mostrando-lhes as possibilidades de que dispõem para a construção de sua cidadania.

Os usuários dos serviços assistenciais sofrem conseqüências discriminatórias, particularmente quando diante dos imperativos da sobrevivência vêm desestruturando-se com os precários arranjos que estabelecem para sobreviverem. Por exemplo, as situações em que enfrentam a doença, o desemprego e os problemas de moradia. São estigmatizados por sua condição social, muitas vezes constrangedora pela necessidade de "ter que pedir", sobretudo quando se trata de auxílio material. Esta auto-representação como "assistido" expressa, de um lado humilhação e ressentimento por não conseguirem prover a si próprios, e por outro lado revela a visão crítica da condição em que vivem e da insuficiência das respostas do Estado às suas necessidades e demandas no campo social (por parte do Estado, há uma falta de vontade política, corrupção e ações paternalistas no atendimento dessas necessidades).

A condição de usuário de programas assistenciais é marcada por um conjunto de estigmas. São marcas que desqualificam, submetem e configuram uma imagem fragmentada da 'clientela' perante as práticas institucionais. As instituições apresentam-se como benevolentes, assistenciais, promocionais ou de bem-estar social, colocando um conjunto de requisitos e exigências para a obtenção do benefício ou da ajuda que oferecem. "(...) Muitas vezes exigem 'disciplinamento, obediência aos rituais, resignação e conformismo' às suas determinações. A 'clientela' deve ser orientada e assistida para qualquer desempenho dentro e fora da instituição. A imagem ideal da clientela para a instituição é ser cordata, conformada, submissa, desempenhar o papel que lhe é atribuído: necessitada" (Santos, 1980: 119).

O caráter discriminativo que, via de regra, permeia as intervenções assistenciais marcadas pela "seleção" dos mais "necessitados" acaba por submeter vontades e condutas. Trata-se de uma submissão construída a partir de uma cadeia de necessidades e humilhações Mello (1988). Trata-se de um processo que desnuda o "assistido" perante a instituição, muitas vezes desqualifica-o diante de si mesmo e oferece-lhe respostas provisórias e emergenciais.

Os serviços assistenciais constituem parte do valor criado pelos trabalhadores, sendo apropriados pelo Estado e repassado como se fossem "benefícios" concedidos pelo poder público. Neste sentido, é importante que os movimentos populares se organizem e recuperem tais "benefícios" como direito, o que contribuirá para o fortalecimento e a ampliação dos direitos sociais, que é um exercício básico para a construção da cidadania.

Conforme Oliveira (1989: 177), esta é a tarefa do assistente social: "discutir com a população esses direitos, descaracterizando o caráter de dádiva ou doação presente nos 'benefícios' repassados pelo Estado". Assim, o assistente social contribuirá com as classes dominadas no sentido de ampliação de seus direitos e fortalecimento de suas lutas.

A assistência é uma referência e um apoio na ampliação das lutas sociais e políticas dos subalternizados. Para Yazbek (1993: 168): "A assistência social, pela mediação de seus

programas, pode criar condições efetivas de participação de seus usuários na gestão e controle dos serviços que produz e opera, contribuindo dessa forma para a ruptura da cultura da tutela (Sposati, 1991) que permeia as ações assistenciais e ao mesmo tempo para a emancipação de seus assistidos”. Efetivamente, a partir de instituições sócio-assistenciais, sem dúvida, quase que exclusivamente destinadas aos subalternos e excluídos, é possível instaurar e inventar formas de exercício participativo e crítico dos subalternos.

Assim a assistência, enquanto uma estratégia reguladora das condições de reprodução social dos subalternos, é campo concreto de acesso a bens e serviços, expressando interesses divergentes por seu caráter contraditório, podendo constituir-se em espaço de reinteração da subalternidade de seus usuários ou de avanço na construção de sua cidadania social.

Diante do que foi exposto, é preciso compreender a assistência enquanto direito de cidadão. E que as assistentes sociais aceitem a assistência como forma concreta da prática profissional, rompendo com práticas meramente assistencialistas. Para Yazbek (1993: 170):

“É necessário repensar o Serviço Social profissional enquanto uma das mediações fundamentais na prestação de serviços. Para que sua crítica acerca da política social e assistencial e de sua própria intervenção não se configure como um discurso genérico e abstrato, sobretudo no que se refere à cidadania dos assistidos, é necessário em primeiro lugar reconhecer seus limites. Ultrapassar as aparências que escamoteiam o fato de que entre as políticas sociais e seu objeto há um enorme fosso, que é o próprio

caráter estrutural da geração da pobreza, exclusão e subalternidade de seus usuários.”

E para isso, a discussão da Lei Orgânica da Assistência Social (8.742) tem sido um relevante subsídio à recondução dos programas de serviços na área da Assistência Pública, bem como a discussão dos assistentes sociais sobre a questão da assistência hoje, contribuindo, assim, para o fortalecimento da prática profissional no campo das políticas sociais.

Cabe lembrar, entretanto, que esse é um meio para a conquista pelo Assistente Social do seu espaço, mas dependerá da mobilização e organização com outros setores democráticos, para que se efetive a socialização do poder e da riqueza coletivamente produzida no país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da elaboração deste trabalho, nosso objetivo foi situar a prática do Serviço Social da Divisão de Pediatria dentro de um contexto mais amplo, no que diz respeito, às redes de atendimento à saúde oferecidas aos usuários e às políticas das instituições assistenciais de Florianópolis.

Procuramos analisar a relação entre as instituições assistenciais e as necessidades dos usuários, em que o Serviço Social colocou-se como mediador, proporcionando, assim, o atendimento ao usuário e o conhecimento dessas instituições.

A realidade do nosso país tem demonstrado uma onda de exploração, desigualdades e miséria, para a maioria da população, levando-os a uma vida subumana, onde ainda lutam por condições básicas de sobrevivência. Esta situação é decorrente de um processo histórico que vem se reproduzindo até os dias atuais, evidenciando-se um sistema excludente e dominante. Devido a este quadro, a população sofre uma série de conseqüências como: a falta de moradia; falta de saneamento básico; carência alimentar; patologias diversas, entre outras. Estes problemas fazem parte do cotidiano de nossos usuários.

Diante disso, o que vemos atualmente é a crise e a escassez de serviços de saúde (em todos os níveis), em termos de recursos financeiros e humanos. Também, percebemos que vem ocorrendo a perda da credibilidade do setor público, tanto por parte dos próprios profissionais de saúde quanto da população, instituindo-se, assim, o "pacto da mediocridadē ou pacto do fingimento" — O Estado finge que paga e os profissionais fingem que trabalham. E o que

sobra para a população ? Finge que seu impostos pagos são devolvidos na forma de serviços ? Finge que os serviços suprem as demandas por saúde ?

Esse pacto advém do descaso das autoridades públicas frente aos serviços, que atendem, em grande parte, as classes trabalhadoras. E ainda, devido às prioridades traçadas pelos governos, à vontade política, técnica e administrativa; portanto, às correlações de forças existentes dentro das diferentes esferas do Estado. **Jacobi** (1989) afirma que: "A política do Estado capitalista se configura como um conjunto de estratégias mediante as quais se produzem e reproduzem, constantemente, as contradições de classe e a intensidade das lutas políticas."

Cabe lembrar que as carências econômicas estão intimamente ligadas às doenças e, por extensão, à escassez de serviços públicos. Por isto, é necessário unir esforços da população organizada, para a luta por um sistema de saúde que atenda a todos de um modo eficaz, protegendo e recuperando os que adoecem, de modo igualitário, e que corresponda ao grande número de impostos pagos pela população.

Constatamos, que as políticas de perfil social, bem como a questão da saúde podem ser poderosos instrumentos, visando tanto a solução de desequilíbrio gritantes na distribuição de recursos para a população, como também o *locus* privilegiado de práticas políticas clientelistas e populistas. Estas, através do conjunto complexo das instituições que compõem o moderno sistema de política social, representam mecanismos de direcionamento dos investimentos e do fundo público para uma política redistributiva ou para a manutenção do *status quo*.

É importante salientar que através da pesquisa junto às instituições e às redes de saúde, verificamos que a participação popular é restrita e sem uma atuação significativa nestes meios. Porém, percebemos que este processo vem evoluindo através dos órgãos representativos da sociedade civil e de suas representações em conselhos. Neste ponto, convém lembrar que a democratização não pode reduzir-se unicamente atrelada ao direito de participação de

exercício do poder político, mais, conforme **Touraine** (1986), ela " (...) pressupõe a formação de atores democráticos".

Nessa questão as instituições públicas e, em especial, os serviços de proteção social exercem um papel-chave, tanto na "publicização" (ou politização) do Estado, como num processo de fortalecimento da cidadania e de ampliação do sentido de democracia-entre-nós, pois compreendem um espaço em construção da cidadania e que hoje é desigual e excludente.

Nesse sentido, o nível de saúde da população é sempre reflexo de sua capacidade de lutar por seus direitos, de defender condições adequadas de vida e trabalho, bem como o resultado de sua capacidade de obrigar o Estado a desenvolver políticas sociais justas e democráticas. A incorporação destes direitos à saúde e destes deveres do poder público nas Constituições, regulamentações ou leis representa uma condição importante, embora não suficiente, para consolidar e dar estabilidade a uma condição de justiça no campo da saúde.

É preciso resgatar a cidadania e a saúde como um bem, ao mesmo tempo coletivo individual. Se vimos até aqui que a saúde é parte do processo social de produção de consumo, requerendo, portanto, soluções organizadas e coletivas, é preciso compreender que estas soluções pressupõem a existência do cidadão consciente, cuja consciência sanitária exige a sua contribuição individual na preservação, controle e defesa das condições sanitárias. A consciência sanitária é a expressão do direito de cada cidadão ao conhecimento necessário e ao uso de seu corpo e seu ambiente de forma digna e solidária, e o seu dever de assim contribuir para a preservação das condições vitais da sociedade como um todo.

A necessidade de transformação das condições atuais de adoecimento de nossa população e das precárias condições de seu atendimento, coloca, como diretriz fundamental, a luta pela Reforma Sanitária, que é a estratégia de descentralização de saúde em nosso país.

"É preciso muito mais que leis e decretos para dar vida ao projetos políticos de interesse da população, só assim aquilo que parece utopia acabava virando coisa realizável" (Bioocca, 1989:38).

Para que isso se viabilize na prática, colocamos a importância da participação popular na gestão e fiscalização do sistema. Na medida em que os atores e movimentos sociais colocam a saúde e o acesso aos serviços como um direito de cidadania, emergem demandas sociais que reforçam a centralidade da discussão em torno da assistência médica. Sua organização, distribuição e qualidade do atendimento começam a aparecer na agenda pública. À proporção que ganham viabilidade política, tais questões parecem influenciar, de forma positiva, os rumos da investigação e do conhecimento acadêmico dentro do campo da saúde coletiva.

Para o Serviço Social da Divisão de Pediatria do Hospital Universitário, deixamos a contribuição dos dados investigados na pesquisa, em relação às práticas das instituições assistenciais e às redes de atendimento à saúde do município, para que possa auxiliar nos próximos encaminhamentos, e possivelmente para uma melhor estruturação deste, para facilitar, assim, o atendimento aos usuários do setor.

BIBLIOGRAFIA

BERTANI, Iris Fenner. "A Prática do Serviço Social em Hospital". **Revista Serviços Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 16, dez. 1984.

BODSTEIN, Regina (org.). **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CASTRO, Maria Helena Guimarães de. "Conflitos e interesses na implementação da reforma da política de saúde. Saúde em debate." **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**. Londrina, jul. 1992.

CHAMONE, Dalton. **Saúde, planejamento e gestão**. Folha de São Paulo. 07 nov. 1994, p.3

CARTILHA do Fórum Popular de Saúde, Florianópolis, 1993.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O saber profissional e o poder institucional**. São Paulo: Cortez, 1988.

FALCÃO, Maria do Carmo. "As primeiras-damas ressurgem na era Collor". **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 33, ago. 1990.

GAIDZINSKI, Susana. Assistência prestada à criança internada e à família pelo Serviço Social da pediatria do Hospital Universitário. (Trabalho Conclusão de Curso/ Departamento de Serviço Social). Florianópolis, UFSC, 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência ao planejamento familiar. Brasília, 1988.

MENEZES, Maria Terezinha Candida Gomes de. Em busca da teoria política de assistência pública. São Paulo: Cortez, 1993.

MORAIS, Ilara Hammerli Sozzi de. Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

MOURA, D. Saúde não se dá: conquista-se. São Paulo: Hucitec, 1989.

NOGUEIRA, Vera Maria. A instituição. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. [s.d.] mimeo.

OLIVEIRA, Helena Maria José de. Assistência social: do discurso do estado à prática do Serviço Social. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1989.

PAIVA, Beatriz Augusto de. A assistência como política social: uma contribuição ao estudo da Lei Orgânica da Assistência Social. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro). 1993.

PEREIRA, Teodora Aparecida. O avesso da família: o maltrato na infância e adolescência, analisado no Serviço Social no S.O.S./criança de Florianópolis.

(Trabalho Conclusão de Curso/ Departamento de Serviço Social). Florianópolis, UFSC, 1993.

PLASA, Luciana de Oliveira. **Por uma estratégia da saúde frente ao planejamento familiar.** (Trabalho Conclusão de Curso/ Departamento de Serviço Social). Florianópolis, UFSC, 1994.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (Secretaria Estadual de Saúde). Florianópolis, 1994.

PRÜSSE, Márcia Regina. **Reflexo da sociedade em que vivemos.** (Trabalho Conclusão de Curso/ Departamento de Serviço Social). Florianópolis, UFSC, 1990.

RAICHELIS, Raquel. **Legitimidade popular e poder público.** São Paulo: Cortez, 1988.

REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, (art. 2). Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 1992.

REVISTA SAÚDE EM DEBATE. Paraná, 1989, n. 26.

RELATÓRIO SAÚDE EM AÇÃO, (Secretaria Estadual de Saúde). Florianópolis, 1994.

SANTOS, Antônio Gonsalves dos. "A prática do serviço social nas instituições"., **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, n. 2, mar. 1980, p. 114.

SILVEIRA, Cleidenir da. **A interdisciplinaridade e a equipe da saúde da unidade de pediatria do Hospital Universitário.** (Trabalho Conclusão de Curso/ Departamento de Serviço Social). Florianópolis, UFSC, 1986.

SCHWEDER, Silvia. **Perfil sócio-econômico e de saúde dos familiares das crianças atendidas no setor de pediatria do Hospital Universitário.** (Trabalho Conclusão de Curso/ Departamento de Serviço Social). Florianópolis, UFSC, 1993.

SOUZA, Maria Luiza de. **Serviço social e instituição: a questão da participação.** São Paulo: Cortez, 1982.

SPOSATI, Aldaiza. **Vida urbana e gestão da pobreza.** São Paulo: Cortez, 1988.

_____ ; FALCÃO, Maria do Carmo; FLEURY, Sônia Maria Teixeira. **Os direitos (dos desassistidos) sociais.** São Paulo: Cortez, 1989.

SPINK, Mary Jane Paris (org.). **Cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar.** São Paulo: Cortez, 1994.

TEIXEIRA, Sônia Fleury (org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez, abasco, 1989.

VALLA, Victor Vincent e STOTZ, Eduardo Navarro (org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social.** São Paulo: Cortez, 1993.

ENTREVISTAS

ARAÚJO, Maria L.D. Atendimento do planejamento familiar na Policlínica de Referência do SUS, realizada no dia 18 ago. 1994

FURLANETO, Luiz F. Rede de atendimento à saúde no município de Florianópolis, realizada no dia 17 out. 1994.

GARCIA, Maria H. Planejamento familiar na Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social em Florianópolis, realizada no dia 22 set. 1994.

LAGO, Ivany P. do. e CEDELI, Maria A. Informações sobre a Fundação Vida, realizada no dia 19 out. 1994.

NUNES, Rita DE C. Programas da Prefeitura Municipal de Florianópolis, realizada no dia 1º set. 1994.

ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AS INSTITUIÇÕES:

1. Dados

Data: _____

Hora: _____

Local: _____

Instituição: _____

Responsável/Cargo: _____

2. Objetivos: _____

3. Política: _____

4. Serviços e Benefícios oferecidos a população: _____

5. Programas desenvolvidos:

- Dinâmica e competência: _____

- Critérios de seleção e o atendimento: _____

- Controle de dados: _____

6. Participação popular: _____

7. Material disponível: _____

Observações: _____

ESTATÍSTICA DIÁRIA DO SERVIÇO SOCIAL/PEDIATRIA

	mês:																																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL					
I-ENTREVISTAS																																					
Familiares																																					
Pacientes																																					
Outros																																					
II-CONTATOS																																					
Familiares																																					
Médicos/doutorandos																																					
Enfermagem																																					
Equipe de SS																																					
Funcionários																																					
Outras inst.																																					
III- ATIVIDADES																																					
n. de crianças internadas																																					
n. de crianças/alta reinternações																																					
IV-ENCAMINHAMENTOS																																					
Telegramas																																					
Passes de ônibus																																					
Solicitação de Carro/Ambu.																																					
Planejamento Familiar																																					
Outras instituições																																					
V-REUNIÕES																																					
Equipe de Saúde																																					
Equipe SS/HU																																					
Coord. de SS																																					
Palestras/Seminários																																					
Observações																																					

ILMO.(A) SR.(A)

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA

.....
.....
.....

2007 01 10 10:00:00

Associação Brasileira de Psicologia

REMETENTE :

Serviço Social Médico do Hospital Universitário
Campus Universitário
Trindade
88.049 — Fpolis. — SC.

