

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

GABRIELA ALANO PAMPLONA

**Reinternação hospitalar infantil – uma leitura sob a ótica da
determinação social do processo saúde/doença.**

FLORIANÓPOLIS, 2010.1

GABRIELA ALANO PAMPLONA

**Reinternação hospitalar infantil – uma leitura sob a ótica da
determinação social do processo saúde/doença.**

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

Orientadora: Msc. Patrícia Freitas Schemes Assumpção.

FLORIANÓPOLIS, 2010.1

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, que apesar da distância, sempre esteve por perto. Fonte maior de incentivo e confiança. Sou grata ainda pelo esforço de sempre tentarem compreender minhas vontades, inclusive proporcionando condições para que eu estudasse em outra cidade.

Agradeço ao meu namorado Leonardo, pela compreensão dos tantos dias que estive “por fora” e pelo apoio em qualquer situação que seja.

Agradeço aos amigos que fiz ao longo do curso e também aqueles com os quais mantive laços da cidade natal (Fe, Dani, Fábio, Fani e Alexandre). Agradecimento especial à Imara, Monique, Reginaldo e Robson, presentes quase que diariamente. Lembrança à Camile, Iara, Vitória Tatty Calixto, Viviane, Juliana, Marjori e Arnaldo. Os debates instigantes, as risadas incontroláveis, os abraços e os barzinhos nunca serão esquecidos!

Agradeço à equipe do Serviço Social do HU, por me receberem tão bem e por colaborarem, em muito, com minha formação profissional. Espero que o laço seja mantido e ainda nos encontremos como colegas assistentes sociais!

Agradeço à orientadora Patrícia, que apesar de não termos tido contato anterior, foi uma gratificante surpresa, seja pelo comprometimento ou ainda pelas palavras de carinho, nos tantos momentos de insegurança.

Agradeço à professora Regina e a Assistente Social Mariana, pela disponibilidade de formarem a banca de avaliação deste trabalho. Saibam que foram escolhidas “a dedo”, pois são bastante inspiradoras para mim.

Agradeço a todos aqueles que já foram ou são significantes para mim e aos que, de alguma forma, contribuíram para a construção deste trabalho.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

O presente trabalho foi motivado pela experiência de estágio curricular em Serviço Social, realizado na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário/UFSC, onde pôde ser observado número significativo de reinternações. A pesquisa teve como método o crítico-dialético, na medida em que se buscou compreender a totalidade do processo que envolve um reinternação, fazendo as mediações necessárias para a leitura da particularidade relacionada à totalidade. Como técnicas, foram utilizadas o levantamento de dados, a revisão bibliográfica e a documental, pois os documentos institucionais elaborados a partir das entrevistas com os acompanhantes das crianças reinternadas fundamentaram os dados apresentados no decorrer do trabalho. Apresenta-se a hipótese de que a reinternação reflete uma frágil relação entre a recuperação de saúde e a promoção desta. Coloca o Assistente Social como profissional habilitado para a elaboração de políticas sociais, entre elas a saúde, inclusive, por ser extremo conhecedor da população usuária dos serviços públicos. Assim percebe-se a necessidade do Serviço Social sistematizar esse conhecimento, bem como, firmar seu compromisso com a classe trabalhadora. O trabalho foi elaborado apresentando a construção da política de saúde conforme está estruturada atualmente, mas ressalta que a legislação não deve ser considerada um limite à prática profissional e sim, um meio de operacionalização dos direitos. Discorre ainda sobre o debate internacional e nacional sobre a determinação social do processo saúde/doença e a nova roupagem dos determinantes sociais, que modifica a essência da discussão. Relaciona os relatos dos acompanhantes das crianças reinternadas como uma concretude da determinação social da saúde e ressalta a necessidade do Serviço Social colocar a temática em sua agenda, principalmente pela consonância dos projetos de sociedade da profissão e da Reforma Sanitária.

Palavras chaves: reinternação infantil; determinação social do processo saúde/doença; Serviço Social.

LISTA DAS FIGURAS

Figura 01: Determinantes sociais, segundo modelo de Dahlgren e Whitehead.....	28
Figura 02: Determinantes sociais, segundo modelo de Diderichsen e Hallqvist.....	30
Figura 03: Idade do paciente.....	39
Figura 04: Arranjo familiar.....	39
Figura 05: Idade da mãe.....	41
Figura 06: Número de filhos.....	42
Figura 07: Método contraceptivo.....	42
Figura 08: Escolaridade das mães.....	43
Figura 09: Escolaridade dos pais.....	44
Figura 10: Principal fonte de renda.....	45
Figura 11: Condição de trabalho.....	46
Figura 12: Renda.....	46
Figura 13: Moradia.....	47
Figura 14: Saneamento básico.....	48
Figura 15: Procedência das famílias.....	49
Figura 16: Atendimento no Centro de Saúde.....	50
Figura 17: Diagnóstico médico.....	51
Figura 18: Tabagismo na residência.....	52
Figura 19: Número de internações em 4 meses.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

AMPASA: Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde

BPC: Benefício de Prestação Continuada

CDSS: Comissão de Determinantes Sociais em Saúde

CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNDSS: Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde

DIU: Dispositivo Intra Uterino

DSS: Determinantes Sociais de Saúde

FMI: Fundo Monetário Internacional

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

HU: Hospital Universitário

NOB: Norma Operacional Básica

OCDE: Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMC: Organização Mundial do Comércio

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SUS: Sistema Único de Saúde

TFD: Tratamento Fora de Domicílio

UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina

UIP: Unidade de Internação Pediátrica

UNICEF: United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

URSS: União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Introdução.....	09
1. Política de saúde.....	11
2. Determinação social da saúde.....	23
3. Caracterização das famílias das crianças reinternadas.....	33
3.1 Serviço social e saúde.....	33
3.2 O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.....	36
3.3 Reinternações na Unidade de Internação Pediátrica do HU/UFSC.....	37
Considerações finais.....	59
Referências.....	64
Anexos.....	72

INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende recolocar na pauta de discussão do Serviço Social, a temática da determinação social do processo de saúde/doença, entendendo que há necessidade diante da conjuntura contemporânea, que altera a essência do debate proposto pela reforma sanitária e insere o tema sob a roupagem de “determinantes sociais”, reafirmando a estrutura da sociedade de classes e responsabilizando os indivíduos pelos seus estilos de vida.

Busca-se aproximar da organização dos serviços públicos de saúde, para compreender se estes estão efetivamente materializando as diretrizes do Sistema Único de Saúde, principalmente no que diz respeito ao atendimento integral em saúde, através da intersetorialidade e as ações de promoção de saúde.

Para tanto, foi realizado levantamento de dados, através da abordagem direta aos sujeitos que se deseja conhecer, pesquisa bibliográfica, já que o trabalho se baseia em evidências presentes na literatura científica para geração de hipótese e discussão dos dados e ainda, pesquisa documental, pois também foram utilizados documentos sem tratamento analítico, institucionais, bem como, os elaborados pela autora (GIL, 1999).

Importante ressaltar que apesar de se constituir, de acordo com a proposta de Antônio Carlos Gil (1999) no estudo de métodos e técnicas de pesquisa social, como um levantamento de dados, a amostra não representa a totalidade do público, por motivos que serão apresentados no decorrer do trabalho.

Para a pesquisa bibliográfica que fundamentou o presente trabalho, utilizou-se, entre os principais autores: Bravo (2000, 2001, 2002 e 2008), Buss (2007), Correia (2005 e 2008), Czeresnia (1999), Iamamoto (1999), Laurell (1982), Mattos (2001 e 2009), Minayo (1991), Miotto e Nogueira (2008), Quintaneiro, Barbosa e Oliveira (2002), Vaitsman (1992) e Vasconcelos (2008).

Teve-se como cenário de pesquisa, a Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, espaço onde a autora desenvolveu estágio curricular em Serviço Social, enfocando as reinternações ocorridas no período letivo do ano de 2009.

Apresenta a hipótese de que as reinternações infantis são também determinadas socialmente, na medida em que não há satisfatória relação entre a recuperação e a promoção de saúde.

Considera ainda a necessidade de o Serviço Social efetivamente conhecer as condições de vida da população que atende diariamente nos serviços de saúde, sendo esse o ponto de partida para o planejamento das intervenções profissionais.

Na primeira seção, faz-se um resgate histórico para compreender a política de saúde atual, englobando a emergência da Reforma Sanitária, o processo de construção da Constituição Federal de 1988 e do Sistema Único de Saúde, e a (contra) reforma do aparelho do Estado, indicando a existência de disputa entre duas vertentes no entendimento da saúde, a privatista e a proposta da Reforma Sanitária.

Na segunda seção, busca-se aproximação com o tema da determinação social da saúde, apresentando o debate internacional e nacional, bem como a incidência da nova roupagem do tema, através das Comissões de Determinantes Sociais da Saúde. Evoca a construção do conceito ampliado de saúde, incorporando outras dimensões além da biológica.

Na terceira e última seção, pretende-se compreender a relação do Serviço Social com a área da saúde, inclusive do projeto ético-político da profissão e do projeto de sociedade proposto pela Reforma Sanitária. Ainda, objetiva caracterizar as famílias das crianças reinternadas no HU/UFSC, investigando possíveis indícios da concretude da determinação social do processo saúde/doença.

Por fim, nas considerações finais, retomam-se alguns aspectos problematizados ao longo do trabalho e organizam-se as conclusões da autora, sendo ressaltadas sugestões para o Serviço Social.

1. POLÍTICA DE SAÚDE

Esta seção busca apresentar a Política de Saúde brasileira a partir de 1980, com menções a décadas anteriores para fins de contexto histórico, e engloba o movimento da Reforma Sanitária, a noção de saúde enquanto direito social incluso na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde e a precarização da saúde pública, reflexo da (contra) reforma¹ neoliberal do Estado.

A fim de uma breve contextualização histórica, parte-se da política desenvolvimentista adotada por Juscelino Kubitschek, na década de 1950, que marcou um processo de urbanização voltado para o investimento massivo de capital estrangeiro no Brasil, através de indústrias multinacionais. As obras de infra-estrutura realizadas nesse período geraram um grande número de empregos, dinamizando o mercado brasileiro, já que os salários possibilitaram o aumento do consumo de bens duráveis, essencialmente pela classe média.

Tal política, ao mesmo tempo em que possibilitou a ascensão da economia do país, aprofundou em grande medida as desigualdades sociais, o que é percebido, por exemplo, na situação vivida pelos trabalhadores desassistidos socialmente quando migraram para a área urbana, buscando suprir as necessidades de força de trabalho daquele momento. Quanto à política de saúde adotada nesse período, percebe-se que estava entrelaçada à política previdenciária, na medida em que os serviços de saúde se destinavam primordialmente aos trabalhadores formais, com registro em carteira de trabalho, guiando-se com base na ótica da cidadania regulada² (SANTOS, 1979) e limitada para o restante da população, em campanhas sanitárias.

A ditadura militar iniciada em 1964, além de cercear a liberdade de expressão dos cidadãos brasileiros, representa o ponto alto dessa política de desenvolvimento econômico, repercutindo em altos índices de concentração de renda pela burguesia nacional, em detrimento da área social, conforme os dados apresentados abaixo:

¹ Termo cunhado por Behring (2003), por considerar que a Reforma do Aparelho do Estado Brasileiro, dado as características de regressão aos direitos sociais conquistados na Constituição Federal de 1988, pode ser caracterizada como uma contra-reforma.

² Conceito de cidadania que se baseia em um sistema de estratificação ocupacional, este definido por norma legal. (SANTOS, 1979).

Concentração de renda - Em 1979, apenas 4% da população economicamente ativa do Rio de Janeiro e São Paulo ganha acima de dez salários mínimos. A maioria, 40%, recebe até três salários mínimos. Além disso, o valor real do salário mínimo cai drasticamente. Em 1959, um trabalhador que ganhasse salário mínimo precisava trabalhar 65 horas para comprar os alimentos necessários à sua família. No final da década de 70 o número de horas necessárias passa para 153. No campo, a maior parte dos trabalhadores não recebe sequer o salário mínimo.

Crescimento da miséria - Os indicadores de qualidade de vida da população despencam. A mortalidade infantil no Estado de São Paulo, o mais rico do país, salta de 70 por mil nascidos vivos em 1964 para 91,7 por mil em 1971. No mesmo ano, registra-se a existência de 600 mil menores abandonados na Grande São Paulo. Em 1972, de 3.950 municípios do país, apenas 2.638 têm abastecimento de água. Três anos depois um relatório do Banco Mundial mostra que 70 milhões de brasileiros são desnutridos, o equivalente a 65,4% da população, na época de 107 milhões de pessoas. O Brasil tem o 9º PNB do mundo, mas em desnutrição perde apenas para Índia, Indonésia, Bangladesh, Paquistão e Filipinas. (BRASIL CULTURA, 2009)

Nesse momento, a política de saúde se desenvolve privilegiando o setor privado, já que é diretamente influenciada pela ditadura militar, que forja as forças democráticas.

Diante deste cenário, o movimento da Reforma Sanitária remonta a década de 1970, em um período de contestação do regime militar ditatorial, questionando as péssimas condições de vida da população brasileira. Inaugura-se ainda, mudanças na saúde pública brasileira, que se reformula e se estrutura como saúde coletiva. A alteração da nomenclatura evidencia a incorporação do modelo preventista³, considerado um dos eixos do Movimento Sanitário.

A importância desta reformulação teórica para o Movimento Sanitário se afirma na medida em que

A Saúde Coletiva nos seus primórdios, afirma a historicidade do social na determinação social da população compreendendo que a saúde e doença são elementos polares de um mesmo processo que resulta da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na

³ “o qual fundamenta suas proposições no modelo da história natural das doenças, no conceito ecológico de saúde/doença e na teoria da multicausalidade; pode-se dizer que ele não avançou no sentido de superar a essência das práticas sanitárias”. , p. apud , 07, p. 20)

sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio. (SILVA, 1973 apud CARVALHO, 2005, p. 102)

O documento síntese do Fórum da Reforma Brasileira, de 2006, esclarece que “mais do que um arranjo institucional, o processo da reforma sanitária brasileira um projeto civilizatório, ou seja, pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira tendo a saúde como eixo de transformação.” (SILVA, 2006, p.2), CEBES, REDE UNIDA, AMPASA, 2006, p.2)

Nas palavras de Sérgio Arouca,

O ponto de partida do movimento é a resistência à ditadura, na linha da ocupação de espaços para promover a redemocratização do país. Esse é o eixo central do movimento todo. Um dos pólos fundamentais nesse movimento de resistência à ditadura foram os Departamentos de Medicina Preventiva. Esses Departamentos das Universidades eram os locais onde era possível, na época, ter alguma discussão sobre a questão social e a questão da saúde pública. (BRASIL, 2007, p. 44)

Já em 1980, década de redemocratização do país, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema central a extensão das ações de saúde através dos serviços básicos. Nesse momento, e com grande influência da Conferência sobre Atenção Primária⁴ ocorrida em 1979 em Alma Ata, discute-se “a necessidade de o governo ampliar a legitimidade de sua atuação perante as questões sociais, especialmente em face do fim do chamado milagre brasileiro⁵.” (SILVA, 2006, p.2), apud KRUGER, 2005, p.65). Também se reconhece que a necessidade de legitimação social, percebida pelo Estado, se apresenta como uma estratégia de manutenção da ordem, em um período de efervescências dos movimentos sociais contestatórios.

⁴ A Conferência de Alma-Ata, organizada pela OMS e UNICEF reuniu 134 países e 67 organismos internacionais comprometidos com um grande desafio: garantir saúde para todos até o ano 2000. Considerando a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” - e ainda, como um direito humano fundamental, focaria seu trabalho na atenção primária à saúde. (BUSS e PELEGRINI FILHO, 2007)

⁵ Período compreendido entre 1968-1973, conhecido como "milagre" econômico brasileiro, devido às altas taxas de crescimento do Produto Interno Bruto, que se aproximavam a 12% ao ano. (VELOSO, VILLELA e GIAMBIAGI, 2008).

Os altos índices de mortalidade e desigualdade social no país mobilizaram a sociedade a pensar suas condições de vida, fazendo com que a saúde assumisse “... uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (MACHADO, 1998, p. 95). A sociedade civil organizada firmou sua inserção nesse cenário, juntamente com outros sujeitos coletivos, como as entidades representativas dos profissionais de saúde, o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), movimentos sociais urbanos, os partidos políticos de oposição, dentre outros.

Nesse momento, o debate sobre a saúde coletiva abordou principalmente os seguintes temas: a saúde enquanto direito social; a criação de um Sistema Unificado de Saúde e acesso universal aos seus serviços; a descentralização e democratização do poder, incorporando as esferas municipais, estaduais e a participação popular nos processos decisórios, assegurada pelos Conselhos de Saúde.

A emergência dessa discussão culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986⁶ e que contou com a participação de aproximadamente 4500 pessoas, o que permite afirmar que “a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à saúde como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a reforma sanitária.” (MACHADO, 1998, p.96). A referida Conferência fomentou grande mobilização social, como forma de pressão para que as diretrizes acerca da saúde coletiva fossem incorporadas na construção da nova Constituição Federal.

Diante deste cenário, foi visível, no processo constituinte a polarização de duas vertentes na discussão sobre como se constituiria a saúde pública. Dois blocos antagônicos são reconhecidos nesse momento: o formado pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Associação das Indústrias Farmacêuticas, que se articulou para defender a privatização dos serviços de saúde e outro chamado de Plenária Nacional de Saúde, que expressou os ideais da Reforma Sanitária, que podem ser assim resumidos: democratização do acesso, universalidade das ações e descentralização com controle social, entendido nessa perspectiva como a participação da sociedade civil na elaboração, implantação e fiscalização das políticas públicas, na medida em que sendo públicas, devem responder ao conjunto de necessidades coletivas (BRAVO, 2008).

endo um “ grande acordo nacional” (MACHADO, 1998), considera-se que o

⁶ No mesmo ano, ocorre em Ottawa, a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, reconhecida como marco mundial do debate sobre promoção de saúde.

“a promulgação da constituição de representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país, frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social” (BRASIL, 2008, p.96).

A afirmação dos direitos sociais foi expressa na articulação do tripé de Seguridade Social brasileira, formado pela Assistência Social, Previdência Social e Saúde, esta última considerada como direito de todo e qualquer cidadão (o que retira a condicionalidade de vínculo empregatício) e dever do Estado, conforme o artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Grande parte das recomendações do movimento sanitário foi incorporada no texto constitucional, expressas inclusive na criação do Sistema Único de Saúde⁷. Dentre seus princípios e diretrizes (capítulo II, artigo 7º), discorreremos brevemente sobre os seguintes: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. (BRASIL, 1990)

De acordo com Nogueira e Pires (2004),

Os direitos sociais não devem ser entendidos como uma ficção jurídica, o que favorece o obscurecimento das críticas sobre sua não-garantia, reduzindo seu potencial político de transformação da ordem societária. É preciso afastar-se da visão de um ideal de direito social que não se realiza no plano concreto. É preciso considerar a universalidade e a igualdade em sua expressão plena, evidenciando as formas de relações sociais estabelecidas e transitando entre o plano dos valores e da materialidade efetiva. É preciso, portanto, deslocar-se de uma perspectiva formalista e alcançar a realização cotidiana (...) (NOGUEIRA e PIRES, 2004, p. 4)

⁷

Regulamentado na Lei Orgânica 8080, de 19 de setembro de 1990.

Nesse sentido é que se considera que tanto as análises quanto as práticas profissionais em saúde não devem ter como limite as legislações pertinentes e políticas existentes, mas sim, considerá-las como um meio de operacionalização dos princípios de universalidade, equidade e participação social, j que “os princípios e propostas podem se tornar vazios sem uma materialidade que os adense e possibilite superar situações de iniquidade (...)” e , , p. 227).

Assim, entende-se que os princípios doutrinários do SUS não devem ser incorporados vagamente, destituídos da compreensão de seus significados. Tendo a clareza que não necessariamente, os termos foram expressos na Constituição e demais regulamentações com o mesmo significado dos pensados pela Reforma Sanitária, buscase uma aproximação destes conceitos através das reflexões dos autores abaixo apresentados e brevemente discorridos. Considera-se que há essa necessidade na medida em que a compreensão dos princípios norteadores do SUS é elemento-chave para que as práticas cotidianas em saúde sejam por eles norteadas.

Fekete (1995) considera que o acesso aos serviços de saúde deve ser compreendido como resultante de diversas dimensões, as quais podem ser assim classificadas:

a) Acessibilidade geográfica: apresenta a distância média entre o indivíduo e o serviço de saúde. Contudo, devem ser também avaliadas as condições para que esta distância média seja percorrida, isto é, se avaliem a viabilidade e a rapidez do acesso. Nem sempre alta acessibilidade geográfica garante acesso, uma vez que outros aspectos, como credibilidade dos serviços prestados ou horário de funcionamento podem obrigar os indivíduos a procurar acesso em localidades geograficamente mais distantes.

b) Acessibilidade organizacional: deriva do grau de facilidade que são promovidos nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde. Basicamente, podem-se dividir os obstáculos aos quais os indivíduos se deparam em dois grandes grupos: o contato inicial com a unidade de saúde e, posteriormente, o de dentro da unidade de saúde.

c) Acessibilidade sociocultural: o conceito de acessibilidade sociocultural refere-se ao conjunto de aspectos referentes à saúde percebida e à confiança nos serviços de saúde. Quanto à percepção de saúde, devemos ter claro que a noção de estado de saúde difere muito entre pessoas de grupos sociais diferentes. Isso depende do nível de formação e da capacidade para entender a informação disponível. Outro aspecto a ser discutido são implicações sociais decorrentes de um ou outro diagnóstico.

d) Acessibilidade econômica: no Brasil, a gratuidade e a universalidade, deveriam terminar com esse tipo de barreira ao acesso. Entretanto, custos de transporte, consumo de tempo, faltas ao trabalho também correspondem a gastos com assistência à saúde, mesmo que indiretamente.

Já a integralidade se apresenta como um conceito polissêmico, ou seja, dotado de vários significados e sentidos. Para o presente trabalho, compreendemos integralidade como uma visão da totalidade do paciente, o considerando em seu contexto bio-psico-social, o que implica na recusa da redução do paciente apenas em sua patologia, reconhecendo-o sujeito em suas relações, a fim de identificar, inclusive, a determinação social daquele processo de saúde/doença.

Para tanto, entende-se que a incorporação desta noção no cotidiano dos serviços de saúde remete a uma prática além de multidisciplinar, interdisciplinar, ou seja, diversos profissionais atuando de forma conjunta para melhor compreensão do sujeito e atendimento da demanda apresentada. Além disto, o conceito de integralidade supõe que sejam aliadas ações de promoção de saúde, ultrapassando a atenção individual curativa.

Assumpção (2007), ao fazer uma revisão bibliográfica sobre o termo, indica que a integralidade pode ser compreendida sob diferentes óticas. Quando considera o debate da integralidade na assistência à saúde, organiza os diferentes pontos de análise da seguinte forma: integralidade como uma imagem-objetivo; articulação entre prevenção e assistência; práticas alternativas; articulação dos serviços. Já ao focar o debate acerca da integralidade ao exercício profissional, disserta sobre prática profissional não fragmentada e ainda, como trabalho em equipe. Segundo a autora, o sentido de integralidade proposto pela legislação refere-se à necessária articulação entre ações preventivas e assistenciais à saúde (ASSUMPCÃO, 2007, p. 36).

Assim, a integralidade se apresenta como inerente ao conceito ampliado de saúde, compreendido concretamente como reflexo de um contexto histórico de desenvolvimento de determinada formação societária.

Conforme o Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde,

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho,

transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p.11)

respeito da diretriz “igualdade”, Mattos salienta que

A igualdade aparece no texto constitucional ao lado da universalidade do acesso às ações e serviços de saúde. Sobre a igualdade (e aqui prefiro o termo à equidade por simples fidelidade ao texto constitucional), cabe dizer que, no texto constitucional, ela aparece no capítulo da saúde exclusivamente referindo-se ao acesso. Talvez fosse melhor denominá-la princípio do acesso igual às ações e serviços de saúde. Aqui, novamente, há um déficit entre o ideal do movimento sanitário e o texto constitucional. Mas cabe aqui um comentário adicional, ainda centrado no texto constitucional: o que o Estado deve assegurar é que todos os brasileiros tenham, igualmente, acesso às ações e serviços de saúde de que necessitam, e não às ações e serviços públicos de saúde que constituem o SUS. (MATTOS, 2009, p. 7)

Misoczky (1997), baseado em Whitehead (1992) problematiza que apesar do termo equidade não aparecer em sua essência na legislação que institui o SUS, é inegável a necessidade de sua incorporação quando se pensa em saúde coletiva. Sobre essa questão,

Whitehead (1992) aponta que políticas nacionais de saúde planejadas para a população como um todo não podem pretender preocupar-se da mesma forma com a saúde de todos, se o impacto mais importante sobre a saúde/doença é carregado pelos grupos mais vulneráveis da sociedade. (MISOCZKY, 1997, p. 133)

Nogueira (2000) complementa dizendo que os conceitos de igualdade e equidade se encontram entrelaçados atualmente, o que mascara a intencionalidade dos termos.

Ao se aliar o critério da eficiência com o da igualdade (questão da justiça na distribuição do bem estar) passa-se a falar em equidade. Inclusão da equidade no debate em saúde, no Brasil, data de final da década de 80, com as primeiras produções críticas sobre a iniquidade do sistema de saúde brasileiro (...). Especificamente partir de 1993, com as proposições do Banco Mundial e da OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, a polêmica do que significa igualdade e equidade em saúde é reposta. As bases desta recolocação fundam-se no conceito da Organização Mundial de

Saúde, que define operacionalmente equidade como criação de iguais oportunidades em saúde.

No que tange à participação da comunidade, Bravo (2002, p.45) considera que o controle social está inscrito na Constituição Federal de 1988 com o sentido de “participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais” j que

quem paga indiretamente, por meio de impostos, os serviços públicos, é a própria população; portanto, esta deve decidir onde e como os recursos públicos devem ser gastos, para que tais serviços tenham maior qualidade e atendam aos interesses coletivos. (CORREIA, 2005, p. 59).

Por assim ser, a Lei Orgânica no. 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelece que o mesmo contará, em cada esfera de governo, com duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Estabelece o texto que a Conferência de Saúde acontecerá a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Já o Conselho de Saúde, tem caráter permanente e deliberativo e deve ser composto, de forma paritária, por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Tem como finalidade atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990).
Conforme alerta Correia,

O espaço de participação popular nos Conselhos é contraditório, pode servir para legitimar ou modificar o que está posto. Porém, não deixa de ser um espaço democrático, onde vence a proposta do mais articulado, informado e que tenha maior poder de barganha; é um campo de lugar de interesses em torno do destino da política de saúde nas três esferas de governo. É preciso ocupá-los com competência política e estar alerta para que conselheiros usuários não se tornem burocratas da máquina estatal. (CORREIA, 2005, p. 69)

É importante que se avalie em que condições a classe trabalhadora é partícipe dos Conselhos, já que esta participação é condicionada pela própria realidade de vida dos usuários dos serviços públicos de saúde. Cabe considerar, então, os entraves a essa participação, inclusive no sentido pontual, como os horários em que as reuniões acontecem que geralmente coincidem com o período de trabalho e o transporte, já que por vezes, a população é desprovida inclusive de recursos financeiros que possibilitem esse traslado. Além destas questões, há ainda que ressaltar a necessidade de preparação política dos conselheiros, abrangendo o conhecimento das legislações pertinentes, as relações de poder e hierárquicas presentes na sociedade, a noção de representatividade, dentre outras.

Correia (2005) ainda destaca a importância e potencialidade dos espaços democráticos de controle social:

Na perspectiva das classes subalternas, o controle social deve se dar de modo que elas formem cada vez mais consensos na sociedade civil em torno do seu projeto de classe, passando do momento “econômico-corporativo” ao “tico-político”, superando a racionalidade capitalista e tornando-se protagonista da história, efetivando uma “reforma intelectual e moral” vinculada às transformações econômicas. Essa classe deve ter como estratégia o controle das ações do Estado para que este incorpore seus interesses, na medida em que tem representado hegemonicamente os interesses da classe dominante. (CORREIA, 2005, p. 54, apud CORREIA, 2004).

Quanto à descentralização político-administrativa do SUS, esta é compreendida como distribuição das responsabilidades acerca dos serviços de saúde entre os três níveis de governo – municipal, estadual e federal, a partir da lógica de que, segundo a literatura, “a descentralização contribui ... para o reconhecimento das particularidades e interesses próprios do município e como possibilidade de levar os serviços para mais perto da população.” (CORREIA, 2005, p. 54).

Cabe destacar nesse cenário, as Normas Operacionais Básicas, formuladas para o estabelecimento de estratégias para a operacionalização do SUS. Quatro NOB/SUS já foram elaboradas desde a regulamentação do SUS em 1990, sendo a primeira em 1991, a segunda de 1992, a terceira em 1993 e a quarta, em 1996, a qual versa sobre a descentralização do SUS e sobre a mesma, discorre-se abaixo. O documento enfatizou a responsabilidade dos municípios no atendimento das demandas dos residentes em sua

faixa territorial. Buscou ainda alargar a responsabilidade do poder público municipal, estabelecendo também sua participação na gestão do SUS e não somente na prestação dos serviços de saúde. Para tanto duas dimensões de gestão foram criadas: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal, sendo que:

A primeira credencia o gestor municipal para, prioritariamente, elaborar a programação municipal dos serviços básicos, gerir unidades ambulatoriais próprias e contratar, controlar, auditar e pagar aos prestadores de serviços, procedimentos e ações de assistência básica. A segunda propicia ao gestor a possibilidade de elaborar toda a programação municipal, inclusive a de prestação de assistência ambulatorial especializada e hospitalar, conferindo assim aos municípios a ampliação de sua responsabilidade no tocante às necessidades da população. (ANDRADE, PONTES e MARTINS JÚNIOR, 2000).

Os referidos autores ainda destacam dois grandes desafios para a efetividade da descentralização político-administrativa do SUS. Um deles diz respeito às fontes de financiamento, ainda sem clara definição da responsabilidade de cada nível de governo. Outro é a definição do papel dos estados nesse processo, já que

A União conseguiu promover de forma rápida uma remodelação de sua estrutura, organizando-se para uma nova realidade marcada pela descentralização dos recursos e pela desobrigação de prestar a assistência. Os municípios, em sua maioria, têm conseguido dar uma resposta, embora em níveis diferentes, no redesenho de seu papel na construção dos Sistemas Locais de Saúde. Já para os estados, observa-se uma opacidade no seu real papel no SUS, também em intensidade diferente de estado para estado. (ANDRADE, PONTES e MARTINS JÚNIOR, 2000).

Para que as diretrizes e princípios do SUS tenham relevância, é fundamental que se considere se estas estão sendo cumpridas no cotidiano dos serviços de saúde e se realmente têm repercutido em melhoras qualitativas da saúde coletiva. Diante desta preocupação, é importante que se situe a nova roupagem que a operacionalização da política de saúde apresenta atualmente.

A contemporaneidade instaura uma disputa entre dois projetos: o da Reforma Sanitária inscrito na Constituição Federal de 1988 e o projeto privatista, instaurado na sociedade brasileira, principalmente na segunda metade da década de 1990. (BRAVO, 2001)

Pode-se considerar que os ajustes neoliberais na economia brasileira se iniciam no governo de Fernando Henrique Cardoso (1999 – 2003), a partir da elaboração do Plano Diretor da Reforma do Estado. Segundo Bravo, a reforma é clara no que tange às iniciativas de privatização da coisa pública:

O Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. (BRAVO, 2001, p. 13)

As implicações no campo da saúde pública são inegáveis,

A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos. Com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral. (BRAVO, 2001, p. 14)

Em suma, o cenário atual exige que a sociedade civil, a partir da apreensão crítica de seu espaço e função na sociedade, desenvolva seu potencial reivindicatório, reconhecendo a violência de negação de direito que é submetida cotidianamente ao procurar os serviços públicos de saúde. No campo da luta pela hegemonia entre os dois projetos de saúde, é essencial que a sociedade se mobilize e se posicione através dos mecanismos de controle social, já que quem está avançando nesta batalha é o projeto privatista de saúde, que tem se unido – bravo, entre as principais tendências “ ... a

contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central”.

A importância dessa breve análise de conjuntura e contextualização da política de saúde se faz importante na medida, em que mais do que um pano de fundo, é nesse cenário que a vida social se produz e reproduz⁸, apresentando inclusive, as requisições para o Serviço Social contemporâneo.

2. DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

interesse pelo tema “determinação social da saúde” se deu a partir da ocasião de estágio curricular realizado na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, onde durante dois semestres letivos pôde ser observado número significativo de reinternações em até quatro meses da alta hospitalar. Instigada pelo desejo de compreender que fatores poderiam estar relacionados a esse fenômeno, levanta-se a hipótese de que a determinação social da saúde tenha papel relevante nesse cenário.

Assim, pretende-se nessa seção, apresentar a discussão referente à determinação social da saúde e aos determinantes sociais de saúde, sabendo que é a partir da incorporação daquele conceito que se pode analisar se as necessidades sociais vêm sendo atendidas pelos serviços de saúde, bem como, se esses são distribuídos e acessados de forma equânime pela sociedade brasileira.

A fim de superar as limitações das intervenções sobre a saúde, questiona-se ao final da década de 1960 o caráter da doença, problematizando se sua origem é essencialmente biológica ou também determinada socialmente. Segundo Laurell (1982, p. tal debate “deriva de uma crise de prática médica, já que parece claro, especialmente no cenário latino-americano, que a medicina clínica não oferece solução satisfatória para a melhoria das condições de saúde da coletividade.”

⁸ Segundo Yamamoto (1999), baseada nos estudos de Marx, na medida em que os homens produzem, através do trabalho, as condições materiais necessárias para sua sobrevivência, também estabelecem relações sociais, que envolvem poder, confronto entre classes, formas de pensar... Assim, falar em produção/reprodução da vida social pressupõe alargar a compreensão para além da ótica economicista da produção.

O ponto comum do debate se encontra na compreensão de que as intervenções se limitavam aos riscos de doença dos indivíduos, tendo “o argumento de que a atenção médica não ser o principal fator de melhoria das pessoas” (Buss e Pelegrini Filho, 2007), p. 10.

Assim, pode-se dizer que se viveram, no século XX, momentos de tensão no que tange à conformação da saúde pública, sendo que ora identificam-se episódios de preponderância de enfoque biológico, ora de aspectos também sociais. Esta tensão é observada na própria história da Organização Mundial de Saúde, pois apesar de no momento de sua constituição (1948), defender um conceito ampliado de saúde⁹, já em 1950, com o sucesso das campanhas de erradicação da varíola, se inicia uma época de práticas centradas no controle de doenças específicas, o que se entende como uma ênfase ao caráter biológico da doença. (BUSS e PELEGRINI FILHO, 2007)

Já ao final dos anos 1970, na ocasião da Conferência de Alma-Ata¹⁰, retoma-se o debate “... sobre a necessidade de se integrar aos cuidados com atenção médica o combate às causas da doença.” (Buss e Pelegrini Filho, 2007), p. 11, incorporando a questão da prevenção e promoção de saúde. É neste momento que, com base no conceito ampliado de saúde, inicia-se o reconhecimento da determinação social da saúde. Porém, na década de 1980, o predomínio do enfoque privatista¹¹ da saúde, apresenta novamente uma noção centrada na assistência médica individual. O debate sobre as Metas do Milênio¹², na década seguinte, enfatiza os determinantes sociais, o

⁹ Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (OMS, 1948). Conceito amplamente questionado, já que é irreal pensarmos no alcance perfeito dessa noção, como um estado estável de saúde, que desconsidera o próprio movimento da vida.

¹⁰ A Declaração de Alma-Ata foi formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no ano de 1978. A Declaração é composta por 10 itens que enfatizam a Atenção primária à saúde, salientando a necessidade de atenção especial aos países em desenvolvimento.

¹¹ Sua principal característica consiste em voltar-se para a demanda espontânea, ou seja, responde somente aos indivíduos que procuram os serviços de saúde. Ao focar o atendimento individual, é incapaz de atuar numa ótica de promoção de saúde, não impactando de forma significativa nos níveis de saúde da coletividade. (AERTS et al, 2004)

¹² A Cúpula do Milênio foi realizada no ano 2000, reunindo líderes de 191 países membros das Nações Unidas, para o estabelecimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, onde as seguintes metas foram traçadas para o alcance de tais objetivos: Erradicar a extrema pobreza e a fome; Atingir o ensino básico universal; Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; Reduzir a mortalidade infantil; Melhorar a saúde materna; Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; Garantir a sustentabilidade ambiental e Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento. (BRASIL, 2009).

que se afirma na OMS com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), em 2005.

É importante que se tenha clara a diferenciação entre as terminologias determinação e determinantes. Sendo que a primeira refere que a posição estrutural ocupada pelo indivíduo na sociedade condiciona suas possibilidades de acesso à riqueza socialmente produzida (bens e serviços). Já a segunda, limita-se a discutir fatores que influenciam na saúde da população, retirando o caráter sócio-histórico da determinação e reforçando um viés positivista que responsabilizaria os estilos de vida individuais como determinantes de sua condição de saúde (CEBES, 2009). Apesar de se distinguirem em sua essência, considera-se que o debate acerca dos determinantes sociais da saúde possibilita que seja retomada, no cenário político, a significação da determinação social, conforme defendida no movimento da Reforma Sanitária.

O Brasil acompanhou esse processo de discussão e influenciado pelos índices apresentados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que em 2005, classificou o Brasil como 13ª economia do mundo e 8º país com pior distribuição de renda, é instaurado em 2006, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Segundo o *site* oficial da Comissão,

Sua criação e composição expressam o reconhecimento de que a saúde é um bem público, a ser construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira. Está inspirada nos princípios e valores que orientam a Reforma Sanitária Brasileira e que tem como sua principal expressão o artigo 196 da Constituição Federal, onde se reconhece que “saúde é direito de todos e dever do Estado...”. (CNDSS, 2006)

Nesse sentido, reconhece-se que o debate acerca dos determinantes sociais de saúde retoma a problemática da iniquidade em saúde. Segundo a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CDS), p. 10, “iniquidade implica num fracasso para evitar ou superar desigualdades em saúde que infringem as normas de direitos humanos, ou são injustas. Elas têm suas raízes na estratificação social”, sendo esta compreendida enquanto divisão da sociedade em segmentos, sendo a gênese dessa estratificação, a própria constituição da sociedade em classes.

Buscando melhor compreender essa questão, propõe-se breve discussão sobre a sociedade de classes, tendo como fundamento a teoria marxista.

Segundo Quintaneiro e Oliveira (2002), Karl Marx não sistematizou uma teoria sobre classes sociais, mas este é um conceito chave para compreendermos sua interpretação de desigualdade social. Assim, as autoras utilizam elementos de diversos escritos de Marx para essa aproximação. Partimos então da compreensão de que é através da produção, enquanto apropriação da natureza para satisfação das necessidades dos homens, que o homem estabelece relações sociais e se humaniza.

Enquanto a produção se restringia à subsistência dos homens, esta se organizava de acordo com a divisão natural do trabalho, ou seja, as atividades eram estabelecidas de acordo com gênero, idade e força física.

É o surgimento de um excedente da produção que permite a divisão social do trabalho, assim como a apropriação das condições de produção por parte de alguns membros da comunidade os quais passam, então, a estabelecer algum tipo de direito sobre o produto ou sobre os próprios trabalhadores. Vê-se, portanto, que a existência das classes sociais vincula-se a circunstâncias históricas específicas, quais sejam, aquelas em que a criação de um excedente possibilita a apropriação privada das condições de produção. (QUINTANEIRO e OLIVEIRA, 2002, p. 41)

Nesse sentido, a configuração básica de classes é expressa em um modelo dicotômico: a detentora dos meios de produção e a que necessita vender sua força de trabalho. Logicamente, esse modelo é insuficiente para compreender a complexidade de uma sociedade concreta, mas apresenta, de modo geral, a essência da estrutura de classes, sendo uma a dominante e outra, a subordinada.

“ historicamente, essa polaridade apresenta-se de diferentes maneiras conforme as relações sociais e econômicas de cada formação social. Daí os escravos e patrícios, servos e senhores feudais, aprendi es e mestres, trabalhadores livres e capitalistas...” (QUINTANEIRO e OLIVEIRA, 2002, p. 41).

Especificamente no modo de produção capitalista, o detentor dos meios de produção, compra através do salário, a força de trabalho do operário, o que, segundo as referidas autoras, nada mais do que “ ... uma mercadoria que tem características peculiares: é a única que pode produzir mais riqueza do que seu próprio valor de troca.” (QUINTANEIRO e OLIVEIRA, 2002, p. 46).

À medida que o trabalhador é separado de sua produção, o proprietário dos meios de produção detém, de forma privada, os resultados dessa produção, retirando

apenas a parte paga ao trabalhador, através do salário. É através do valor excedente gerado pelo trabalhador e não pago pelo capitalista, retirando ainda, os gastos com o maquinário, que o lucro é alcançado.

Assim, identificamos que a matriz do sistema capitalista se encontra na esfera da produção e não na de circulação de mercadorias. A desigualdade estrutural imposta pelo sistema capitalista consiste na existência do modelo dicotômico exposto acima, sendo uma das classes proprietária dos meios de produção, enquanto a outra necessita vender sua força de trabalho em troca de um salário, que garantirá a subsistência do proletário e sua família, mantendo e reproduzindo assim, a própria força de trabalho.

Tendo como fundamento o método crítico-dialético¹³ de apreensão da realidade, considera-se essencial para o entendimento das condições de saúde da população, vinculá-las a uma totalidade, já que os homens

participam estrutural e conjunturalmente das condições gerais de existência que o lugar no processo produtivo do país lhes confere. Noutras palavras, é necessário pensar suas condições de Saúde do ponto de vista individual ou coletivo como subordinados às formas como estão organizados no Brasil o sistema de saúde e o sistema socioeconômico. (MINAYO, 1991, p.3)

Portanto, compreende-se, que a saúde da população é reflexo da totalidade de sua vida social, essencialmente delimitada de acordo com a posição que ocupa no sistema de produção, já que segundo Laurell (1982), o binômio saúde-doença é determinado pelo modo como os homens se apropriam da natureza em certo momento histórico, apropriação essa que se operacionaliza através de processos de trabalho que refletem o desenvolvimento das forças de reprodução e das relações sociais decorrentes.

Vaitsman (1992) complementa dizendo que não se deve reduzir a saúde ao modo de produção de uma sociedade, argumentando que

A existência de saúde, que é física e mental - está ligada a uma série de condições irreduzíveis uma às outras. Um conceito ampliado não poderia então considerar saúde só como resultante das formas de organização social da produção. Pois é produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem certas formas de organização da vida

¹³ eundo il , p. . “a dial tica fornece as bases para uma interpretação din mica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstrados de suas influ ncias pol ticas, econ micas, culturais etc.”

cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizado em cada sentir e vivenciado num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. (VAITSMAN, 1992, p.171)

O entendimento de que a saúde é também condicionada por outras questões que ultrapassam a noção meramente biológica é reconhecida na Lei Orgânica 8080, de 1990, que regulamenta o SUS, conforme descrito abaixo:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990)

Nessa direção é que a saúde integra na Constituição Federal vigente, juntamente com a Previdência e a Assistência Social, a Seguridade Social, se configurando como um conjunto articulado de proteção social integral.

Assim, pensar em saúde pressupõe a articulação dos serviços desta política com as demais políticas públicas, pois é no momento do atendimento de saúde propriamente dito que os sujeitos expressam suas reais necessidades. De acordo com Cecílio:

A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras. As necessidades de saúde (...) podem ser a busca de um algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa vive ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a) efetivo com algum profissional, a necessidade de se ter maior autonomia no modo de andar a vida st tudo ali, na “cestinha de necessidades”, precisando ser, de alguma forma, escutado, traduzido, pela equipe. (CECÍLIO, 2001, p. 4)

Dessa forma, afirma-se que as necessidades referentes à qualidade de vida das pessoas são integradas, o que exige que seu atendimento também assim seja. Entretanto, o aparato governamental é organizado de forma setorial e hierarquizado, promovendo práticas isoladas e distantes da população. Além disso, o aparato governamental é ainda "objeto de loteamento político-partidário e de grupos de interesse", dependendo assim,

de opções políticas que não se guiam pelas necessidades da população, mas sim, pelos interesses privados do grupo político no poder naquele momento. Um de seus reflexos é a construção dos orçamentos, que longe de serem elaborados a partir da lógica da equidade, expressam poder político de determinado grupo, percebido na alocação de verbas para a área de educação, saúde, alimentação, habitação, de forma segmentada, como se fosse possível, por exemplo, que alguém permaneça na escola sem ter uma alimentação adequada. (INOJOSA, 2001).

Nesse sentido, conclui Berlinguer:

A saúde tem um valor intrínseco e instrumental (como base de autodeterminação) e é também um dos melhores indicadores para medir como os outros direitos humanos têm sido protegidos ou promovidos, mais que isso, a afirmação ou a negação do direito à saúde envolve quase todos os outros direitos. (BERLINGUER, 1999 apud KRÜGER, 2005, p.72)

Com vistas à delimitação dos fatores condicionantes da saúde, o debate atual sobre os determinantes sociais da saúde se desenvolve, primordialmente, a partir das concepções compiladas por Buss e Pelegrini Filho (2007):

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial de Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Nancy Krieger (2001) introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. Tarlov (1996) propõe, finalmente, uma definição bastante sintética, ao entendê-los como as características sociais dentro das quais a vida transcorre. (BUSS e PELEGRINI FILHO, 2007, p.78)

Modelos explicativos também foram desenvolvidos para a ilustração desse cenário. Dentre os mais utilizados pela literatura especializada, encontra-se o proposto por Dahlgren e Whitehead, e o elaborado por Diderichsen e Hallqvist.

Dahlgren e Whitehead assim construíram seu modelo explicativo:



Figura 01 Determinantes sociais, segundo modelo de Dahlgren e Whitehead.
Fonte: BUSS e PELEGRINI FILHO, 2007.

Primeiramente, é importante esclarecer que o modelo não tem por objetivo salientar as relações e mediações existentes entre os diferentes níveis de abrangência dos determinantes sociais da saúde, tendo sua contribuição reconhecida pela facilidade de identificação dos determinantes.

Os indivíduos e suas características pessoais de influência na condição de saúde são a base do modelo. Imediatamente em seguida, encontramos o estilo de vida dos sujeitos. O comportamento se situa estrategicamente no limiar entre os fatores individuais e os DSS, pois é fundamental termos claro que estes estilos de vida são influenciados por outros condicionantes, “como informações, propagação, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc.” (PELEGRINI FILHO, 2007, p.83), sendo então, parte dos DSS.

A camada acima apresenta a influência das redes comunitárias, considerando que o nível de coesão social impacta nas condições de saúde da sociedade como um todo, pois refletem, entre outros, em redes sociais de apoio¹⁴ e segurança comunitária.

Finalmente, a camada superior representa as condições de vida e de trabalho, “indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições

¹⁴ Sadoum (1991) define rede social de uma pessoa, como o conjunto de relações humanas, que tem um impacto duradouro na vida do sujeito; como por exemplo, o grupo de outros significativos, aos quais os indivíduos vêm aos poucos, e que formam um sistema de apoio natural. A rede social opera, mobilizando recursos pessoais, e permite aos indivíduos, que necessitam ajuda, atenuarem a sua carga emocional e melhorarem sua capacidade de defesa. (SADOUM, 1991, apud BARROS, 2002, não paginado)

habitacionais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços.” e , p. .

Por último, estão situados os macrodeterminantes, que perpassam todas as camadas, exercendo grande influência sobre a sociedade como um todo.

Buss e Pelegrini Filho (2007, p. 2) ainda destacam nesse cenário, os impactos da globalização¹⁵, j que “as medidas de abertura dos mercados e as considerações de ordem financeira e econômica prevalecem sobre as considerações sociais”, ecluindo milhares de pessoas dos benefícios que poderiam ser gerados nesse processo.

Sabe-se ainda, dos ajustes neoliberais¹⁶ preconizados pelos grandes organismos mundiais, como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial, que ao exigirem abertura de espaço para o mercado, desfinanciam os programas sociais e serviços públicos, como parte de sua estratégia de privatização, comprometendo inclusive, a própria lógica de acesso universal do SUS. À medida que os serviços oferecidos pelo SUS são precarizados, percebe-se que somente aqueles cidadãos que não têm condições financeiras de adquirir o serviço no mercado, buscam o SUS, o que desvirtua seus princípios e o transforma em um sistema pobre para os pobres. (CFESS, 2009)

É importante percebermos também o papel da ideologia dominante¹⁷ nesse cenário, enfraquecendo o potencial reivindicatório dos sujeitos, levando-os a não exigir a qualidade dos serviços públicos de saúde pelo fato do mesmo, no imaginário popular, ser gratuito.

¹⁵ (...) A globalização é um processo econômico, social e cultural que se estabeleceu nas duas ou três últimas décadas do século XX, cujas principais características incluem, em escala nunca antes alcançada crescimento do comércio internacional de bens, produtos e serviços transnacionalização de mega empresas livre circulação de capitais privatização da economia e minimização do papel dos governos e dos Estados nação queda de barreiras comerciais protecionistas e redução do comércio internacional, sendo as regras da organização mundial do comércio facilidade de trânsito de pessoas e bens entre os diversos países do mundo e expansão das possibilidades de comunicação, pelo surgimento da chamada sociedade da informação e da grande facilidade de contato entre as pessoas devido ao aparecimento de diversos instrumentos e ferramentas, entre as quais a internet. (BUSS, 2007)

¹⁶ Na América Latina, maioritariamente disseminados a partir do Consenso de Washington (1989), organizados por grandes organismos internacionais, como o Banco Mundial e o FMI, que propunham ajustes estruturais para os países periféricos, atrelados devido à dívida externa, se desenvolvessem economicamente. A desregulação do mercado, a abertura comercial, a redução do papel do Estado e a privatização foram algumas das políticas indicadas. Uma das ações para o cumprimento destas propostas foi o corte dos gastos públicos, repercutindo na precarização e desmonte das políticas sociais.

¹⁷ A ideologia dominante tem como principal função o ocultamento das divisões sociais e políticas, dando-lhes a aparência de diferenças naturais entre os seres humanos.

O segundo modelo foi proposto por Diderichsen e Hallqvist (1998) e adaptado, em 2001, por Diderichsen, Evans e Whitehead.

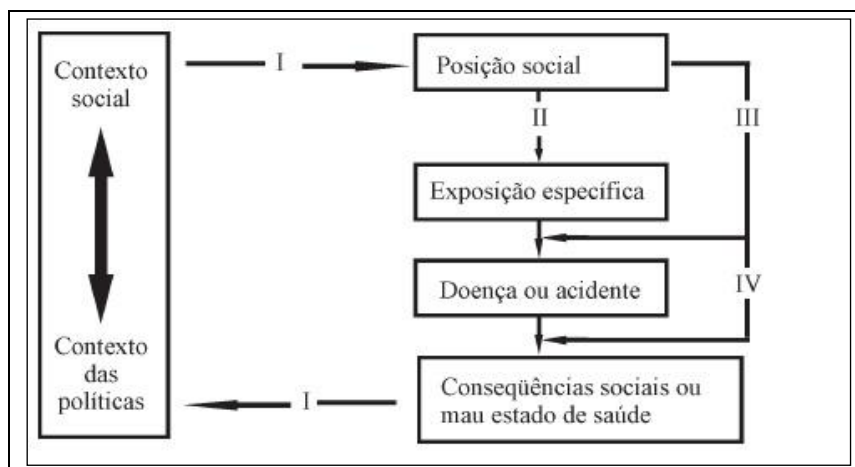


Figura 02: Determinantes sociais, segundo modelo de Diderichsen e Hallqvist.

Fonte: BUSS e PELEGRINI FILHO, 2007.

O modelo enfoca a estratificação social gerada pelo contexto social, que implica aos indivíduos, posições distintas na sociedade, com conseqüentes diferenciais de saúde. Assim, I diz respeito ao processo que condiciona determinada posição social, como resultado de diversos mecanismos, como por exemplo, o sistema educacional e o mercado de trabalho. De acordo com a posição social ocupada, ocorrem outros diferenciais, onde II representa exposição a riscos que interferem na saúde, III o grau de vulnerabilidade à ocorrência de doença e IV as conseqüências sociais quando a doença já foi contraída. Por conseqüências sociais entende-se o impacto que a doença pode gerar na situação sócio-econômica do indivíduo e sua família.

A aproximação teórica ora realizada permitiu concluir que há presente na cena contemporânea uma disputa entre as duas vertentes apresentadas, aquela proveniente do movimento da Reforma Sanitária, que considera que a saúde da população é determinada socialmente e outra, que refere que a saúde é influenciada por fatores sociais, o que distorce a essência da discussão conforme proposta pela Reforma.

Nesse sentido, é fundamental que a base do movimento sanitário seja retomada, evocando seus valores e compreendendo que mais do que uma análise das condições de saúde da população, o movimento propõe uma mudança societária, entendendo a saúde

como condição primária para esse avanço. Assim, mais do que mera evocação dos princípios da Reforma (e também do SUS), é essencial que a operacionalização desses também seja discutida, já que a importância destas se dá na medida em que possam ser revertidas em qualidade de vida para os sujeitos.

3. CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS REINTERNADAS

3.1 Serviço Social e Saúde

Nessa seção, objetiva-se apresentar um breve histórico do Serviço Social e sua relação com a saúde como campo de inserção profissional. Busca-se também, aproximar a Reforma Sanitária, como um projeto de mudança societária, com o projeto ético-político do Serviço Social. Ainda, propõe uma análise das condições de vida relatadas pelos familiares das crianças reinternadas na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário, no período letivo de 2009.

A primeira escola de Serviço Social no Brasil foi fundada em 1936, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, porém, considera-se, segundo Bravo (2008), que a expansão da profissão no país se dá a partir de 1945, como uma resposta às necessidades decorrentes do desenvolvimento do capitalismo no Brasil e as mudanças no cenário internacional ocorridas com o término da 2ª. Guerra Mundial. Pode-se dizer então, que nesse momento, as ações profissionais estavam diretamente ligadas aos interesses do capital e assim, com o aporte da Igreja Católica, tinham um cunho conservador e moralista, de ajustamento dos indivíduos a ordem sócio-econômica instaurada.

Diante do agravamento das condições de saúde da população, foi proposto pela OMS, em 1948, o conceito ampliado de saúde, o que requisitou novos profissionais, além dos médicos, para atuar no setor da saúde, entre eles, os assistentes sociais. Um dos principais desdobramentos da incorporação deste conceito foi a ênfase no trabalho multidisciplinar, o que permitiu, de acordo com Bravo (2008),

suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em saúde, introduzindo conteúdos preventistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social. (BRAVO, 2008, p. 199)

Assim, o Assistente Social teve como foco de intervenção, uma modalidade de ação normativa com relação aos hábitos de higiene e saúde de sua clientela (BRAVO, 2008).

Outro fator importante nesse cenário foi a consolidação da Política Nacional de Saúde, entre 1945 e 1950, que ao relacionar a assistência médica à previdência social, gerou uma contradição entre as demandas apresentadas pelos usuários e o caráter excludente e seletivo da política, direcionada apenas aos trabalhadores formais, ou seja, com registro em carteira de trabalho.

Nesse momento, os assistentes sociais começam a ser amplamente requisitados a trabalharem nos hospitais, ficando entre a instituição e a população, buscando viabilizar o acesso dos indivíduos aos serviços e benefícios (BRAVO, 2008), porém, guiados por uma ótica de atendimento individual, desconectada das demandas coletivas.

Nos anos de 1960, os assistentes sociais mais progressistas começam a questionar a direção social da profissão, o que leva a categoria a se organizar para refletir sobre o conservadorismo presente nas ações profissionais. “ Esse processo de crítica foi abortado pelo golpe militar de 1964, com a neutralização dos protagonistas sociopolíticos comprometidos com a democratização da sociedade e do estado” (BRAVO, 2008, p. 201). Assim, mesmo que ainda não sejam percebidas mudanças nas intervenções profissionais dos assistentes sociais, o Serviço Social começa a se questionar internamente, processo iniciado principalmente pelos profissionais vinculados às Universidades.

“ a americana, a crítica ao serviço social se explicita com o movimento de Reconceituação, a partir de 1965, cujo eixo do debate centrava-se na contestação do Serviço Social importado com práticas assistenciais e ajustadoras” (BRAVO, 2008, p. 201). Sendo um processo de contestação interna da profissão, pode-se dizer que não houve uma articulação com outros debates que buscavam a redemocratização da sociedade, como foi o movimento da Reforma Sanitária. Assim, Bravo considera que houve um “descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde” (BRAVO, 2008, p. 204)

Destaca-se ainda, no resgate histórico do Serviço Social na área de saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e a promulgação da Constituição Federal vigente, em 1988, momentos esses já discutidos na primeira seção desse trabalho.

A partir da década de 1990¹⁸, através do avanço neoliberal na economia brasileira, percebe-se uma tentativa de desmonte dos direitos sociais assegurados em 1988, com corte de financiamentos e chamada à solidariedade, despolitizando a questão social¹⁹. Nesse período, conforme já discutido na primeira seção, evidencia-se dois projetos políticos em disputa para a área da saúde: privatista e o da Reforma Sanitária (BRAVO, 2008), projetos que apresentam distintas requisições para o Serviço Social, as quais são assim delimitadas por Bravo (2008):

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao Assistente Social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da Reforma Sanitária vem apresentando, como demandas, que o Assistente Social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã. (BRAVO, 2008, p. 206)

Cabe destacar que nessa mesma década, mais precisamente em 1993, o Código de Ética do Assistente Social é aprovado, estabelecendo claramente, o compromisso da categoria profissional com a classe trabalhadora, bem como, indicando o direito do Assistente Social, desde que coerente com seu Código de Ética, de ter autonomia para desenvolver seu trabalho. Assim, parece claro que a categoria negue as demandas impostas pelo projeto privatista de saúde, porém, sendo um profissional assalariado, considera-se que a autonomia de seu trabalho seja relativa, na medida em que comumente podem ser percebidas contradições entre os interesses institucionais e os da classe trabalhadora. Nesse sentido, cabe salientar um dos princípios fundamentais do

¹⁸ Na mesma década, em 1997, o Conselho Nacional de Saúde, considerando o conceito ampliado de saúde e a importância da interdisciplinaridade nesse sentido, reconhece o Assistente Social, através da Resolução no. 218, de 06-03-1997, como profissional de saúde, o que assegura o desenvolvimento autônomo de seu trabalho nessa área.

¹⁹ ara amamoto, questão social desi na “o conjunto das e press es das desi ualdades da sociedade capitalista madura”, que tem como raiz comum a contradição que fundamenta o próprio sistema: enquanto a produção é coletiva, seus frutos são apropriados de forma privada e monopolizada por uma pequena parte da sociedade. Pensar em questão social, como objeto de trabalho do Assistente Social, pressupõe que sejam também consideradas as formas de lutas cotidianas dos sujeitos explorados, pois na medida em que é desigualdade, é também resistência. (IAMAMOTO, 1999, p. 27).

di o de tica “ção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e nero” , , p. . ssim, estando o profissional realmente comprometido com uma nova ordem societária, não deve temer as condições objetivas impostas ao seu trabalho, tendo como segurança seu Código de Ética e os Conselhos Regionais e Federal da categoria profissional. Logicamente, não objetiva-se assim propor uma visão messiânica da profissão, mas salientar que Segundo Bravo e Matos (2008, p. 214)

não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um leque de pequenas, mas não menos importantes, atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios que faça frente ao projeto neoliberal, já que este macula direitos e conquistas defendidos pelos seus fóruns e pelas legislações normativas da profissão.

3.1 – O Hospital Universitário Polydoro Ernani De São Thiago

O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago foi fundado no ano de 1980 e se constitui, desde a instauração do SUS, como 100% público, apesar de já haver especulação de privatização de alguns de seus serviços, dada a tramitação do Projeto de Lei Complementar (PLP 92/07), que se aprovado, transforma os Hospitais Universitários em Fundações Estatais de Direito Privado. O HU se vincula ao Ministério de Educação e à Universidade Federal de Santa Catarina e por assim ser, segue os mesmos princípios desta: ensino, pesquisa, extensão e assistência, de forma que seja então caracterizado como um hospital-escola. Devido a essa característica, seu financiamento se dá tanto pelo Ministério da Saúde quanto pelo Ministério da Educação.

Estando vinculado ao SUS, atende aos níveis de média e alta complexidade na atenção a saúde, sendo referência estadual nos estudos de voz e audição e tratamento de doenças complexas, como o câncer e o HIV, dentre outras. Há ainda as unidades de internação: clínicas médicas, cirúrgicas, pediatria, ginecologia e maternidade (englobando aqui também a UTI Neonatal e realização de aborto legal), bem como o

setor de emergência 24 horas, atendendo em média 400 pacientes por dia. Assim, atende a população proveniente de todo o estado de Santa Catarina, englobando desde atenção neonatal até a geriatria.

Segundo Planejamento Estratégico do HU, chamado de “Plano Estratégico”, elaborado em 2005 e revisado em 2010, o HU tem como missão “reservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social”. Como visão, para o ano 2020, “ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade de atenção a saúde e no trabalho.”, não permanecendo.

O referido plano ainda declara os valores que guiam a atuação do HU: qualidade; humanização; ética; público e gratuito; inovação; valorização; qualificação e competência profissional; compromisso social; articulação ensino, pesquisa, extensão e assistência; construção e socialização do conhecimento; respeito aos princípios do SUS: integralidade, universalidade, equidade, resolutividade.

O HU se organiza hierarquicamente da seguinte forma: Direção Geral (DG) subdividida em Diretoria de Administração (DA), Diretoria de Apoio Assistencial (DAA), Diretoria de Enfermagem (DE) e Diretoria de Medicina (DM). A DAA ainda se subdivide em Divisão de Apoio Assistencial (DVAA) e Divisão de Diagnóstico Complementar (DVDC). O Serviço Social, juntamente com os serviços de Farmácia, Psicologia, Prontuário do Paciente, Fonoaudiologia e Nutrição, está subordinado à DVAA.

3.2 Reinternações na Unidade de Internação Pediátrica do HU/UFSC

A pediatria do HU é composta por 30 leitos, os quais se dividem entre quartos de lactentes, pré-escolares, escolares, cuidados especiais e observação. São atendidas crianças e adolescentes entre 0 e 14 anos, provenientes de todo o estado de Santa Catarina.

A equipe técnica básica é formada por Enfermeiros, técnicos de enfermagem, Médicos, Psicóloga, Nutricionista, Assistente Social, alunos e estagiários dessas

profissões. A prática interdisciplinar materializa-se na “reunião de interc mbio”, onde semanalmente a equipe se encontra para socializar as especificidades de cada área e discutir alguns casos, tendo a troca de saberes como meio de alcance ao atendimento integral dos pacientes internados. É nesse momento que também é possível que cada profissão contribua com sua especificidade de atuação perante aos demais profissionais, também se legitimando socialmente. Cabe destacar que o Código de Ética do Assistente Social indica o incentivo às práticas interdisciplinares como um dever do profissional de Serviço Social na relação com os outros profissionais que inserem seu espaço de trabalho.

Apesar de haver esse encontro semanal entre os profissionais, situações que, segundo a leitura da equipe, necessitam de intervenção conjunta, também são discutidas, para que haja uma possível conduta comum, respeitando às especificidades de cada área de saber. Importante ressaltar que o Serviço Social tem contato com todos os usuários e familiares internados, independentemente de pedidos de acompanhamento. Assim, tem a potencialidade de conhecer qualitativamente a população que atende e assim, encaminhar para atendimento de outras áreas (psicologia, planejamento familiar, nutrição...).

A pediatria apresenta algumas especificidades do restante das unidades do hospital, pois como são atendidas crianças, todo o trabalho que se dá para além das ações diretamente relacionadas ao tratamento de saúde, é direcionado para as famílias dos pacientes. Portanto, mesmo havendo essa prática voltada para a família nas outras clínicas, entende-se que a característica da pediatria se dá na medida em que sendo os pacientes sujeitos ainda em desenvolvimento, privilegia-se o atendimento com os pais, partindo do pressuposto que são a fonte de apoio primária e assim, responsabilizam-se e respondem pelos seus filhos nesse momento.

Ainda, há a existência do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)²⁰, que os reconhece como sujeitos de direito e em condição de desenvolvimento, dispondo sobre a proteção integral desses, estabelecendo prioridade para elaboração de políticas de atendimento. No que diz respeito especificamente ao direito à vida e à saúde (título II - capítulo I), apregoa que as instituições de atenção à saúde devem fornecer condições de

²⁰ Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

permanência, por tempo integral, de um dos pais ou responsável quando há necessidade de internação, sentença essa respeitada pelo HU.

O mesmo capítulo ainda versa sobre a necessidade de qualquer tipo de suspeita de maus tratos ser notificada ao Conselho Tutelar, sendo assim, responsabilidade dos profissionais encaminharem as situações observadas para investigação. O Estatuto dispõe que o Conselho Tutelar é órgão autônomo e não jurisdicional, sendo composto por membros da sociedade civil.

Mesmo sendo uma oportunidade da sociedade efetivamente se colocar na arena pública, percebe-se, certa desresponsabilização do Estado, na medida em que não há parâmetros para a atuação dos conselheiros, nem orçamento definido para as condições físicas de funcionamento do Conselho e para contratação de profissionais capacitados para esse fim.

O que cabe considerar é que uma das especificidades da pediatria reside justamente na existência de legislação específica para essa faixa etária, havendo assim, possibilidade de maiores encaminhamentos e procura de outros meios para que os direitos desses sujeitos sejam respeitados. Ressalta-se, entretanto, que apesar do ECA apregoar que é considerado adolescente a pessoa com até 18 anos de idade, há na pediatria do HU, um recorte de atendimento em até 14 anos.

Por se tratarem de crianças e adolescentes, considera-se que o processo saúde/doença em muito reflete a dinâmica do grupo familiar e as condições do cuidado destinado a esses sujeitos. Cabe esclarecer que esse olhar acerca do cuidado não objetiva responsabilizar unicamente as famílias, mas sim, pensar que a família, além de ser um espaço de proteção, também se constitui em um espaço a ser protegido (CAMPOS e MIOTO, 2003). Assim sendo, as condições de cuidado estão diretamente relacionadas à sustentabilidade de proteção, que deve ser promovida pela oferta de políticas públicas.

Ao que se propõe o presente trabalho, será compreendida como reinternação, a internação ocorrida em até quatro meses da anterior e com o mesmo diagnóstico, tendo como parâmetro os quatro meses decorridos em cada semestre letivo de avaliação. Para a caracterização sócio-econômica das famílias que tiveram membros reinternados na pediatria do HU, no período letivo²¹ de 2009, serão utilizados os documentos

²¹ Período compreendido entre 20/02/09 a 09/07/09 e 22/07/09 a 04/12/09.

institucionais elaborados a partir das entrevistas realizadas com os acompanhantes²² das crianças e adolescentes internados. As entrevistas foram oportunizadas pelo fato do estágio curricular em Serviço Social ter sido cumprido na referida Unidade de Internação.

Foram identificadas, no período acima exposto, 48 reinternações, das quais, haverá o recorte de 21, já que serão utilizadas apenas as entrevistas realizadas pela autora, excluindo os dados obtidos pelas outras colegas estagiárias e Assistente Social supervisora de campo.

As entrevistas semi-estruturadas²³ foram realizadas com os acompanhantes dos pacientes e no momento de sua realização tinham por objetivo uma aproximação com a realidade de vida daquela família, para então, planejar possíveis intervenções. Nesse sentido, as entrevistas foram uma atividade de estágio e não realizadas especificamente com o objetivo de elaboração desse trabalho.

Por se tratar de material elaborado com fins institucionais, as entrevistas realizadas visavam abordar alguns aspectos considerados necessários pela instituição, e não necessariamente, os questionamentos levantados por este estudo.

Assim, as entrevistas de desenvolveram a partir do modelo semi-estruturado pré estabelecido pelo serviço, sendo selecionados os seguintes aspectos para a elaboração deste estudo: idade dos pacientes, idade dos pais, arranjo familiar, atendimento nos Centros de Saúde, método contraceptivo utilizado no planejamento familiar, escolaridade dos pais, número de internações no período de quatro meses, condições de moradia (saneamento básico e tabagismo na residência), fonte de renda, renda per capita, número de filhos e procedência das famílias.

Importante destacar que alguns fatores, como o planejamento familiar e o tabagismo dos pais, por vezes, se aproximam da ótica de determinantes sociais do processo saúde/doença, o que indica que os serviços de saúde ainda se pautam no modelo bio-médico, de responsabilização dos indivíduos por seus hábitos e escolhas, e da família no cuidado de seus membros.

²² Em todos os casos estudados, as mães dos pacientes eram as acompanhantes.

²³ Magalhães (2003) diz que esse modelo de entrevista se dá na medida em que, ao mesmo tempo em o entrevistador deixa o entrevistado falar livremente, direciona o diálogo aos objetivos desse contato.

Assim, práticas profissionais orientadas pelo saber médico enraizado, geralmente, desconsideram a trajetória de vida do usuário dos serviços de saúde, sua representação de saúde e doença, as condições de acesso..., e limitam-se às ações normativas, que em discurso, referem-se à educação em saúde.

Conforme diz Gazzinelli,

prática profissional que, verticalmente, preconiza a adoção de novos comportamentos, como o parar de fumar, vacinar-se, ter melhor higiene, entre outros, e de estratégias geralmente ditas coletivas, como a comunicação de massa. Cabe às pessoas, informadas sobre os riscos de adoecimento, a responsabilidade de adotar um novo estilo de vida mais saudável. (GAZZINELLI et al, 2005,p.200)

Porém, um processo educativo envolve troca de saberes e não uma orientação imperativa. Dessa forma, compreender o usuário do serviço em sua totalidade, inclusive buscando se aproximar de sua realidade de vida é passo primário para ações que, além de recuperarem a saúde, a promovam.

Nesse sentido, cabe ao Assistente Social realizar uma leitura apurada da instituição que se vincula, buscando distinguir as requisições do serviço e as atribuições da profissão, já que um processo de trabalho orientado pelo projeto ético-político da profissão não se limita ao espaço institucional.

Cabe também salientar que apesar de não serem utilizados relatos das entrevistadas na exposição dos dados, a tentativa de análise se deu a partir de breve revisão teórica dos termos abordados, bem como, percepções da autora no momento da entrevista. Apesar da necessidade de uma análise imparcial, percebeu-se dificuldade de distanciamento do objeto, já que a construção do Trabalho de Conclusão de Curso se deu concomitante com a realização do estágio.

A utilização dos dados nesse trabalho foi autorizada pela instituição (documento em anexo) onde foi realizado estágio curricular em Serviço Social e são discutidos de forma que não seja possível identificar a família envolvida, respeitando assim a identidade dos sujeitos envolvidos e o sigilo profissional.

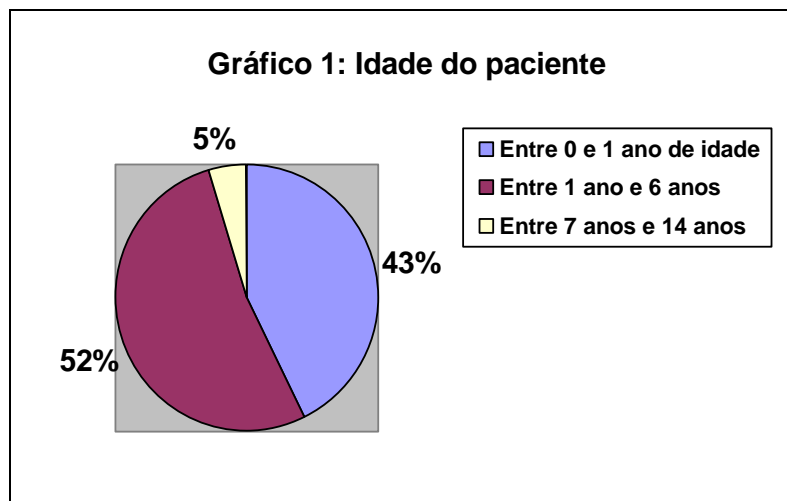


Figura 3: Idade do paciente.

O gráfico 1 apresenta a idade dos pacientes e demonstra que 95% dos reinternados são menores de 6 anos de idade, o que pode ser explicado pela fragilidade e vulnerabilidade desses sujeitos, tanto por ainda estarem desenvolvendo seu sistema de defesa quanto pela total dependência de cuidados de terceiros, sendo reflexo das condições de vida e possibilidades de cuidado de sua família.

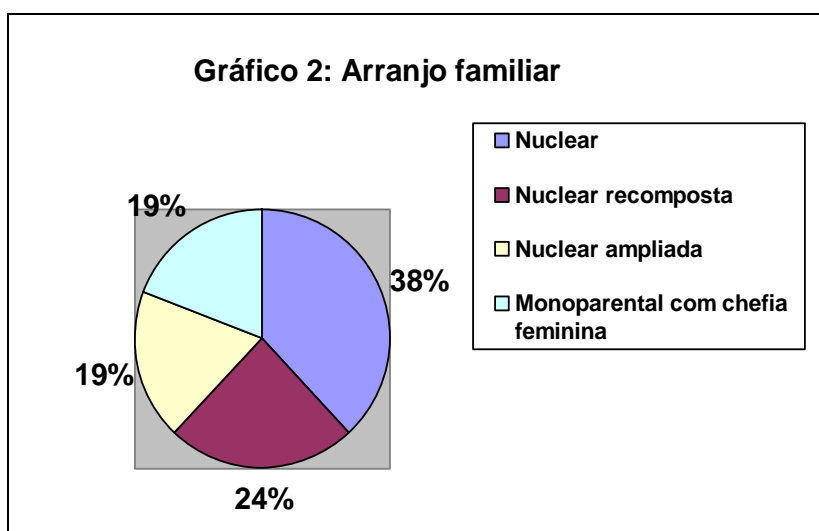


Figura 4: Arranjo familiar.

Quanto ao arranjo familiar (gráfico 2), percebe-se que ainda há preponderância do modelo nuclear (pais com filhos), mas já se evidencia a mudança desse perfil. Elevado também é o número de famílias recompostas, que são aquelas formadas por nova união, diante do término do relacionamento anterior. Apesar de não ser um dado

apresentado nos gráficos, pode-se perceber, nas falas das entrevistadas, que geralmente, os filhos da mulher também compõem essa nova composição e na grande maioria, são criados com os recursos financeiros desse novo casal, já que em grande parte, não há o fornecimento de pensão alimentícia.

Os relatos indicam diferentes motivos para essa questão, principalmente incompreensão da pensão alimentícia como um direito da criança e resistência do novo companheiro em aceitar esse recurso, tanto por não querer que a mulher mantenha contato com o companheiro anterior quanto por sentir sua masculinidade afetada, como se seu provimento fosse insuficiente. Ao mesmo tempo em que percebemos esse “aceite” do novo companheiro em criar as crianças do relacionamento anterior da mulher, todas as famílias recompostas entrevistadas têm ao menos um filho gerado na nova união. Quando questionadas se houve planejamento para essa gestação ou quais foram as motivações, umas relatam desejo do casal e outras, um pedido do novo companheiro, como se o filho demarcasse mais claramente o fim da união anterior e materializasse a recente.

Outro ponto importante identificado nas entrevistas foi o fato da maioria das uniões serem consensuais²⁴, ou seja, não serem casamentos civis, o que sendo reflexo das mudanças societárias, nos remete também a pensar a existência de famílias monoparentais (apenas um dos pais e filhos) como decorrente do número elevado de separações que pode ser observado atualmente.

Já a chefia feminina demonstra a inserção da mulher do mercado de trabalho, porém, ainda percebe-se que essa inserção, principalmente para as mulheres com baixa escolaridade, ainda é mal remunerada e por vezes, desprotegida (trabalho informal, sem registro em carteira de trabalho). Nesse sentido, é fundamental problematizar se essa inserção se dá por opção da mulher ou principalmente, por necessidade de prover sua sobrevivência e de seus filhos.

O quarto arranjo familiar identificado, chamado de ampliado por também incorporar parentes no grupo, pode ser visto como uma necessidade de alargamento de uma rede que possa auxiliar na criação das crianças, sendo assim identificada a prática de solidariedade conterrânea e parental (SARTI, 1996), como uma estratégia de sobrevivência, principalmente das famílias mais vulneráveis socialmente. Sarti (1996)

²⁴ União essa que, quando comprovada estável, também assegura direitos ao casal.

ao estudar as diferentes concepções de família, ainda diz que geralmente, as famílias pobres entendem por família o grupo de indivíduos com que se “pode contar”, se configurando como uma rede interdependente de obrigações morais. Porém, o que se percebeu nesse trabalho é que todas as entrevistadas referiram a família como aquelas pessoas que moram no mesmo domicílio e todas elas, nesse estudo, são parentes.

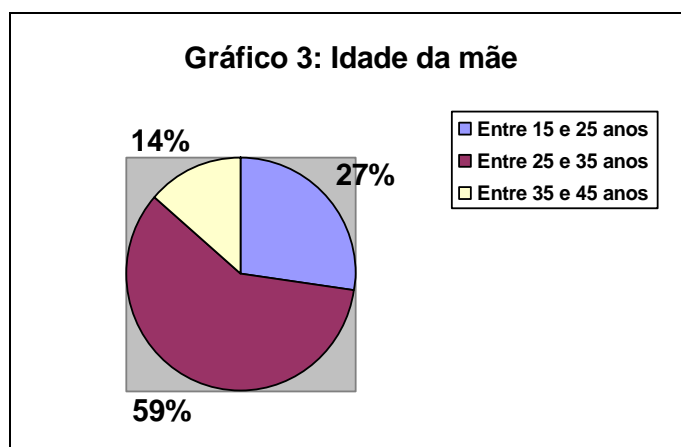


Figura 5: Idade da mãe.

Quanto à idade das mães (gráfico 3), apesar de haver preponderância da faixa etária entre 25 e 35 anos, ainda é grande o número de mães adolescentes, conforme também percebido no levantamento de dados realizado pelo IBGE em 2006. A Síntese dos Indicadores Sociais do IBGE (2006) aponta que apenas entre mulheres na faixa etária de 15 a 17 anos a taxa de natalidade apresentou um aumento em relação ao ano anterior. Já a taxa de fecundidade total (média do número de filhos que uma mulher pode ter ao final de seu período fértil) continuou apresentando declínio, passando de 2,7 filhos por mulher em 1996 para 2,0 filhos em 2006. O gráfico 4 pode exemplificar o declínio da taxa de fecundidade, já que apresenta predomínio de famílias com apenas 2 filhos.

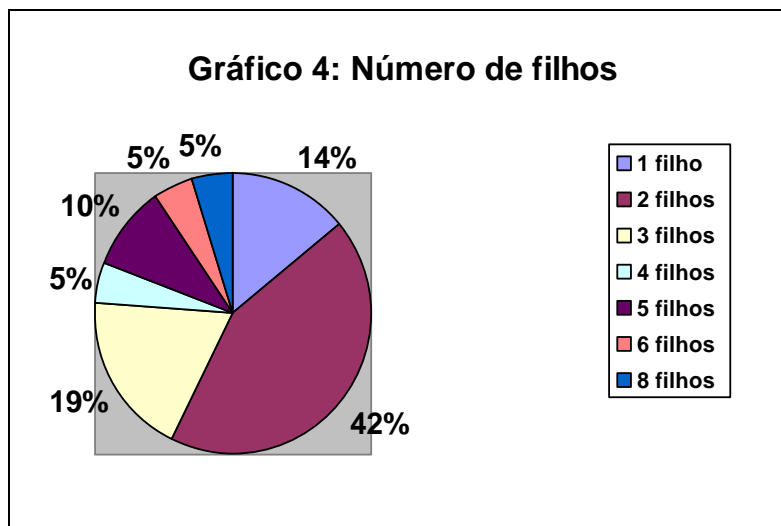


Figura 6: Número de filhos.

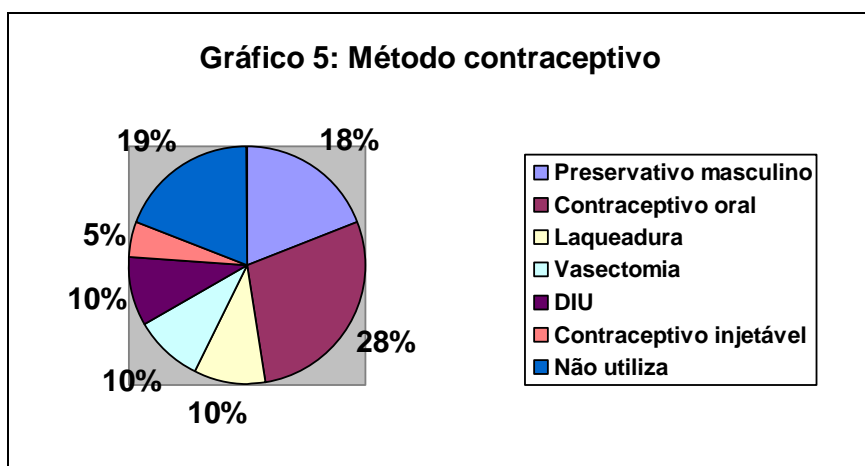


Figura 7: Método contraceptivo.

Foi recorrente nas falas das entrevistadas o fato da gravidez não ter sido planejada, o que implica pensar nos métodos contraceptivos (gráfico 5), como constituinte do planejamento familiar. Identifica-se que 19% das entrevistadas não utiliza nenhum método, apresentando compreensão bastante limitada da existência dos métodos.

Das que utilizam método contraceptivo, percebe-se a preponderância de contraceptivo oral, o qual na maioria dos casos é fornecido pela rede pública. Porém, uma delas, mesmo recebendo as pílulas anticoncepcionais, teve quatro filhos não planejados, o que segundo seu relato, decorre do fato de não ter sido orientada como utilizá-las e ser analfabeta, impossibilitada assim, de ler a bula do medicamento.

De acordo com o Portal da Saúde do Governo Federal,

Planejamento familiar é o direito que toda pessoa tem à informação, à assistência especializada e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência. (BRASIL, 1999)

Sendo assim, identifica-se que o fornecimento de métodos contraceptivos é apenas um componente da política de planejamento familiar e na medida em que essa utilização não é problematizada com a usuária dos serviços de saúde, reflete que longe de ser uma opção consciente da mulher, torna-se um meio de controle dos corpos dos sujeitos, não os reconhecendo como protagonistas nesse processo.

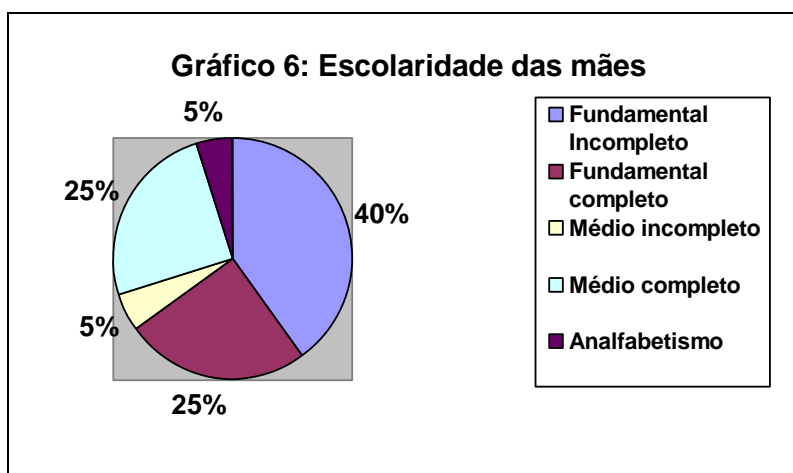


Figura 8: Escolaridade das mães.

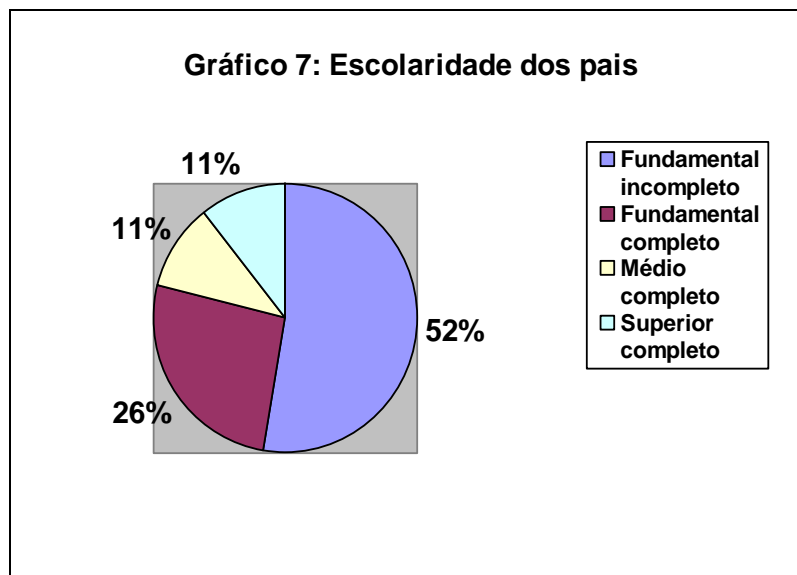


Figura 9: Escolaridade dos pais.

Comparando a escolaridade das mães (gráfico 6) com a dos pais (gráfico 7), percebe-se que somente o grupo de mulheres foi afetado pela total falta de acesso à rede de ensino, sendo identificada uma mulher analfabeta, ao passo que 11% dos homens concluíram ensino superior. Também se evidencia que 25% das mulheres não concluíram o ensino médio, o que foi explicado, nas falas, pela desistência diante da necessidade de trabalhar ou pelo fato de ter engravidado nesse período. Essa diferença nos índices remete a considerá-los como uma questão de gênero, demonstrando que a mulher, ainda subalternizada na sociedade, é educada primordialmente para o cuidado com a família e o lar, conforme os padrões patriarcais tradicionais.

Apesar de não ser um dado apresentado em gráfico, cabe ressaltar que todas as crianças em idade escolar frequentam regularmente a escola. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2007, realizada pelo IBGE, indica que em Santa Catarina, 99% das crianças entre 7 e 14 anos são estudantes, estando o estado com o maior índice dessa faixa etária na escola. Em contra partida, verificou-se que na região Nordeste no país, este indicador cai para 91%, o que demonstra as iniquidades entre as regiões do Brasil.

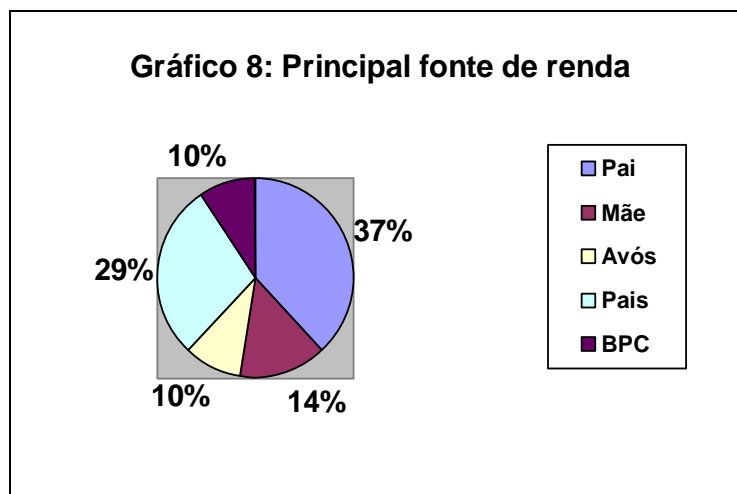


Figura 10: Principal fonte de renda.

Visualiza-se preponderância da figura masculina como provedora (gráfico 8), mas já sendo também evidenciada a necessidade do homem e da mulher se inserirem no mercado de trabalho, diante da insuficiência dos salários em relação ao custo de vida na atualidade. Há ainda a existência de duas famílias chefiadas pelas avós e outras duas que declaram apenas o Benefício de Prestação Continuada²⁵ como fonte de renda. Sabe-se que tal benefício destina-se ao idoso e ao deficiente incapacitado para a vida independente e para o trabalho, sem condições de provimento pela família, desde que comprove renda per capita familiar de um quarto de salário mínimo. Em ambos os casos referidos, os benefícios se destinavam a criança com paralisia cerebral, sendo o benefício gestado pelas mães.

²⁵

Lei nº 8.742 - de 07 de dezembro de 1993.

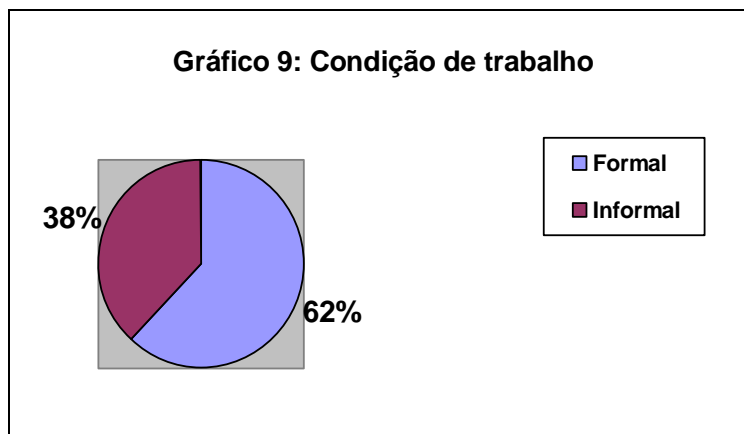


Figura 11: Condição de trabalho.

Quanto à condição de trabalho dos pais e avós, percebe-se que 38% das pessoas não têm registro em carteira de trabalho e ainda, não contribuem de forma autônoma ou individual para o sistema de Previdência Social, estando assim, totalmente desprotegidos. Esse dado pode ser compreendido como uma estratégia de sobrevivência diante das alterações no mundo do trabalho, precarizado e cada vez mais competitivo, reflexo da diminuição dos postos de trabalho humano, face da grandiosa incorporação do maquinário e da informatização pelo sistema capitalista.

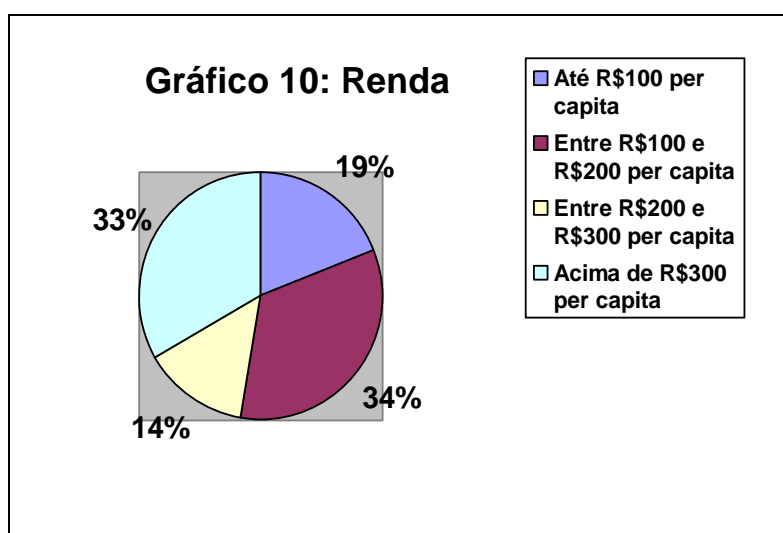


Figura 12: Renda.

Continuando na caracterização econômica das famílias, percebe-se na disposição do gráfico 9, que grande parte das famílias dos pacientes reinternados está acima na condicionalidade (um quarto de salário mínimo) imposta pela maioria dos benefícios assistenciais, porém, principalmente aquelas na faixa entre R\$100 e R\$200 per capita, ou seja, que pouco ultrapassam o limite das condicionalidades, sentem a necessidade de cobertura pela política de Assistência Social. Nesse sentido, reconhece-se a contradição dos critérios de seletividade, já que a Constituição Federal de 1988 apregoa que a Assistência Social se destina àquele que dela necessitar.

Entre as sete famílias que cumprem as condicionalidades do Programa Bolsa Família, por exemplo, apenas três recebem efetivamente o benefício, estando duas aguardando a transferência de renda e outras duas, não conheciam o Programa.

Importante também destacar estudo realizado pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos - DIEESE, que desde 1994, relaciona o salário mínimo brasileiro ao salário mínimo realmente necessário para cumprir o preceito constitucional²⁶

salário mínimo fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender às suas necessidades vitais básicas e às de sua família, como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, reajustado periodicamente, de modo a preservar o poder aquisitivo, vedada sua vinculação para qualquer fim (BRASIL, 1988).

A DIEESE informa, em seu endereço eletrônico, que para o cálculo do salário necessário, considera uma família nuclear de quatro membros, sendo que as duas crianças consumiriam o equivalente a um adulto. Para o cálculo, ainda considera o maior valor da cesta básica no Brasil.

Assim, o dado mais recente disponível seu *site*, referente ao mês de maio de 2010, diz que apesar do salário mínimo vigente no país ser de R\$510, o valor necessário para satisfazer os gastos familiares é de R\$ 2.157,88.

²⁶ Constituição da República Federativa do Brasil, Capítulo II, Dos Direitos Sociais, Artigo 7º, Inciso IV.

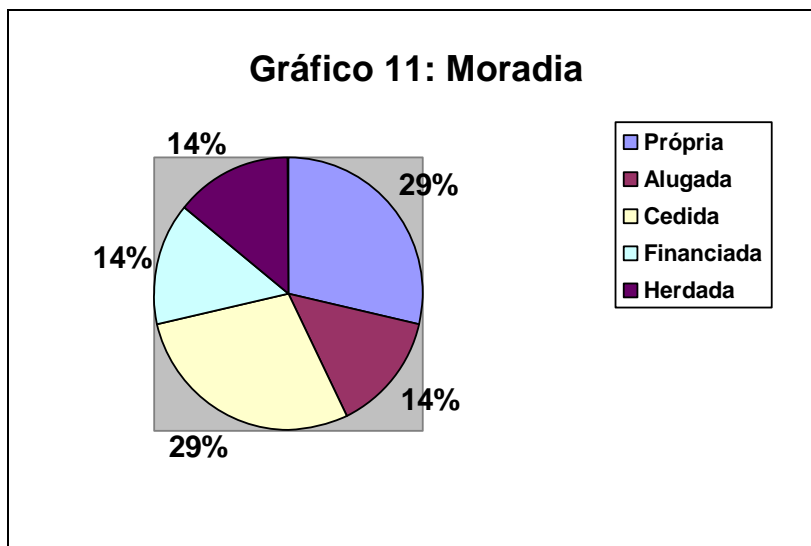


Figura 13: Moradia.

Os gráficos 11 e 12 buscam compreender as condições de moradia das famílias, onde percebe que a maioria não tem gastos com aluguel ou financiamento (gráfico 11), porém, este não é um fato animador, já que o último levantamento realizado pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, em 2007, revela que um a cada oito moradores da capital reside em favelas, totalizando cerca de 50 mil pessoas nessa condição. Assim, percebe-se que a casa própria, longe de refletir aumento do poder de consumo, explicita um rápido processo de precarização das moradias urbanas, já que ao mesmo tempo em que a cidade, através das propagandas midiáticas, instiga novos moradores, não proporciona necessariamente, meios para satisfação de suas necessidades.²⁷

²⁷ Potyara Pereira (2007) indica onze necessidades genéricas, ou seja, que independem de classe social, sendo comum a toda raça humana. As seguintes necessidades são apontadas: alimentação nutritiva e água potável; habitação adequada; ambiente de trabalho desprovido de riscos; ambiente físico saudável; cuidados de saúde apropriados; proteção a infância; relações primárias significativas; segurança física; segurança econômica; educação apropriada; segurança no planejamento familiar, na gestão e no parto.

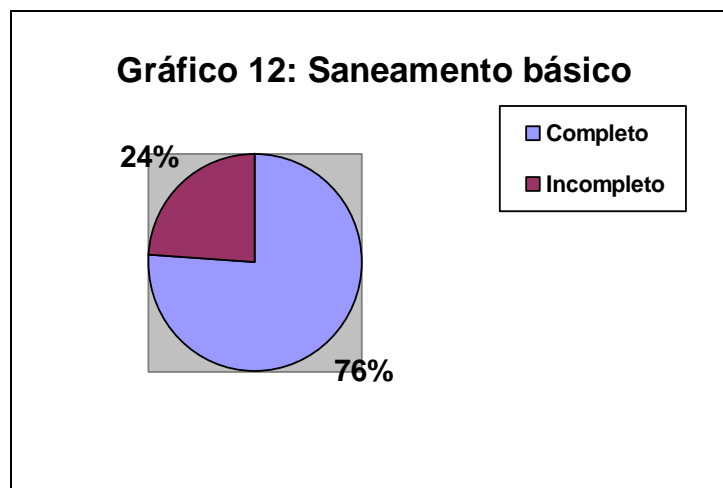


Figura 14: Saneamento básico.

O gráfico 12 diz respeito ao saneamento básico, aqui compreendido como fornecimento de água encanada potável e tratamento de esgoto. Apesar de a maioria das famílias terem esse recurso disponível, considera-se que o saneamento básico é condição mínima para a promoção de saúde, havendo assim, necessidade de cobertura de 100% da população. Dados divulgados em 2010, pelo Instituto Trata Brasil indicam que Florianópolis teve redução de 16% do tratamento de esgoto entre 2007 e 2008, já que em 2007 a capital declarou cobrir 56% da população e em 2008, apenas 40%. O Instituto realizou um *ranking* do saneamento básico do Brasil, através da avaliação dos serviços nas 81 cidades com mais de 300 mil habitantes, onde Florianópolis ficou com a trigésima colocação (INSTITUTO TRATA BRASIL, 2010). Novamente, se percebe o crescimento desenfreado da capital catarinense, que recebe um contingente populacional em proporção contrária a sua infra-estrutura.

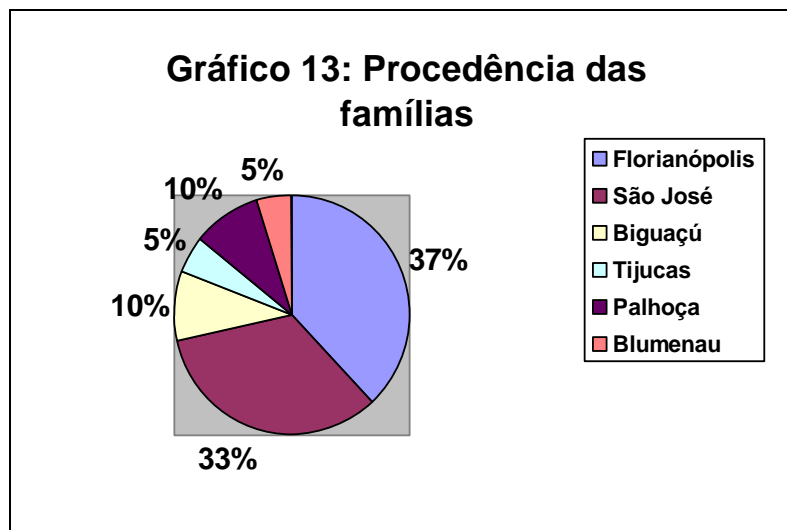


Figura 15: Procedência das famílias.

Quanto à procedência das famílias (gráfico 13), a maioria reside em Florianópolis²⁸, mas há um número bastante significativo de moradores de São José²⁹. Apesar de o HU atender todo o estado, questiona-se se há necessidade desse deslocamento para o atendimento, já que esse acarreta em gastos para as mães, que por vezes, necessita fazer o traslado domicílio-residência diariamente, pois ao mesmo tempo em que acompanha a criança internada no hospital, tem outros filhos em casa, que necessitam de sua atenção. Já a paciente residente em Blumenau está de acordo com a diretriz de regionalização do SUS, pois vem encaminhada de seu município através do TFD Tratamento Fora de Domicílio, para tratamento do lúpus, doença que necessita de serviços de alta complexidade.

Apesar de não ser uma informação apresentada nos gráficos, algumas entrevistadas referem não serem naturais de Florianópolis, mas terem vindo para a cidade, juntamente com sua família, em busca de emprego e melhores condições de vida, o que recai sobre as condições de moradia problematizadas nos gráficos 10 e 11.

²⁸ Bairros: Costeira do Pirajubaé, João Paulo, Centro, Tapera, Cachoeira do Bom Jesus (2 famílias), Pantanal e Agrônômica.

²⁹ Bairros: Barreiros (2 famílias), Ipiranga, Jardim Solemar, Forquilha (2 famílias), Santos Dumont.

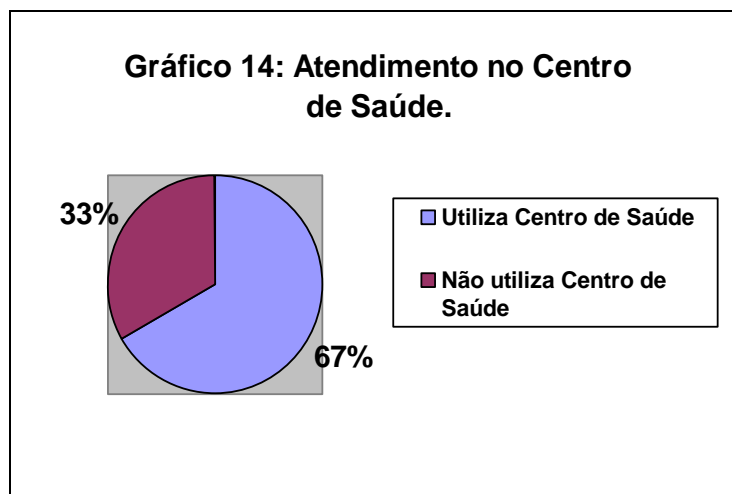


Figura 16: Atendimento no Centro de Saúde.

A disposição do gráfico 14 demonstra uma lacuna dos serviços de atenção básica, já que 33% das famílias não utilizam o Centro de Saúde da região em que moram. O fluxo correto para a internação hospitalar seria prévio atendimento da situação nos Centro de Saúde ou nas Unidades de Pronto Atendimento, para que, havendo a necessidade, fosse então encaminhada para o hospital. Porém, o que se percebe é que diante da precarização desses serviços, como por exemplo, a falta de profissionais e a longa espera para a marcação de uma consulta com determinada especialidade, a população se vê descrente e acaba procurando, por si própria, a emergência hospitalar quando vê algum de seus membros adoecido. Assim, considera-se que algumas situações que chegam até o hospital poderiam ser atendidas na atenção básica à saúde e esse recorte do fluxo pode justamente ser um dos motivos para as grandes filas e indisponibilidade de leitos nos hospitais públicos.

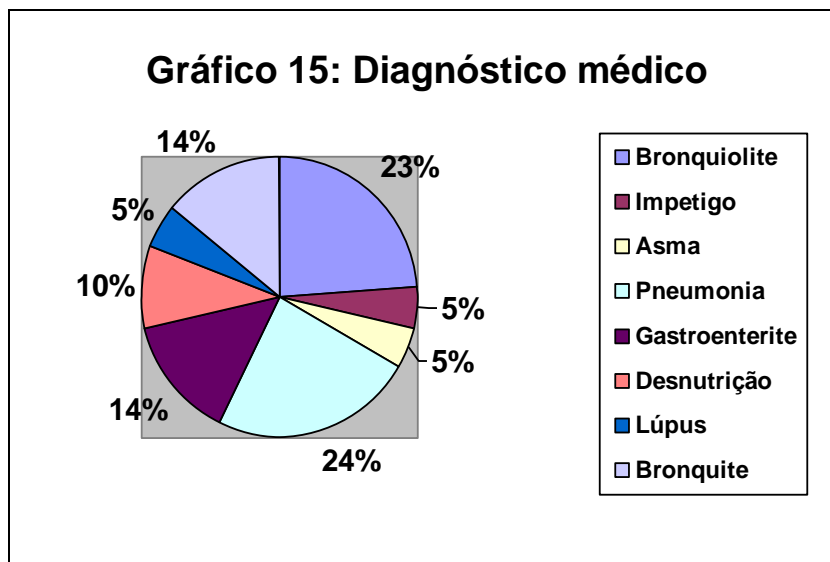


Figura 17: Diagnóstico médico.

Identifica-se, nos diagnósticos (gráfico 15), preponderância de doenças que afetam o aparelho respiratório, tanto agudas como a pneumonia e a bronquiolite (mais comum em crianças com até 6 meses de idade) quanto crônicas, como a asma e a bronquite.

A literatura médica³⁰ aponta que as complicações do aparelho respiratório são a principal causa de mortalidade em crianças com até 5 anos de idade e a pneumonia, a causa mais recorrente de internação hospitalar. Alguns determinantes são indicados, como o clima, a nutrição da criança, as condições de moradia e a poluição atmosférica, sendo o tabagismo a maior causa da poluição do ar na residência.

³⁰ Para aprofundamento, sugere-se leitura de “Doença respiratória em menores de 5 anos no sul do Brasil: influência do ambiente doméstico” et al, ispon vel em <http://journal.paho.org/uploads/1155581405> e “Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos” O et al, 2002) Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n3/10489.pdf>

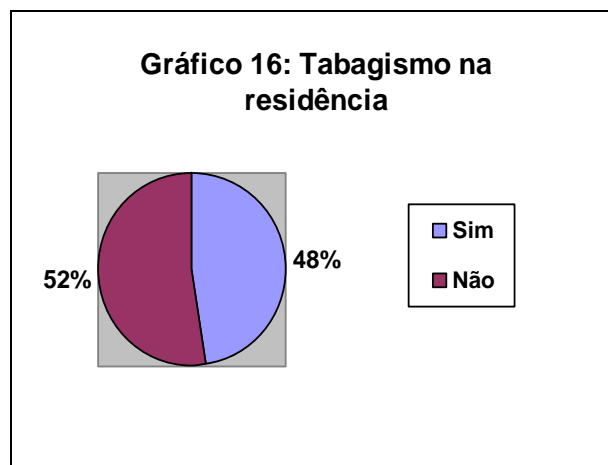


Figura 18: Tabagismo na residência.

Por assim ser, as entrevistadas foram questionadas se havia algum fumante na mesma residência da criança (gráfico 16), podendo ser observado que 48% das mães responderam que sim. Porém, é essencial que se tome cuidado para que esse discurso não se desenvolva no sentido de riscos, responsabilizando as famílias pelos seus hábitos.

No entanto, este é um aspecto que necessita ser pensado pelos profissionais de saúde, junto ao público usuário, de maneira que haja compreensão das implicações do fumo passivo na saúde da criança, se distanciando de práticas meramente culpabilizadoras.

Algumas mães entrevistadas ainda referem condições do bairro em que moram, a umidade da casa ou o clima frio como desfavoráveis à saúde de seus filhos.

Diante dessa breve caracterização das famílias das crianças reinternadas é que se percebe que a recuperação da saúde durante a hospitalização é insuficiente para elevar, de maneira sustentável, a qualidade de vida e saúde daquela população. Deste modo evidencia-se a necessidade de que os serviços de saúde reconheçam as condições reais de vida (moradia, trabalho, acesso aos serviços públicos, educação, segurança...) de seus usuários, estando assim, articulados com as demais políticas sociais.

A observação durante o período de realização deste trabalho sugere que essa articulação não vem se dando de forma satisfatória, o que reflete no elevado número de reinternações, conforme apresentado no gráfico 17.

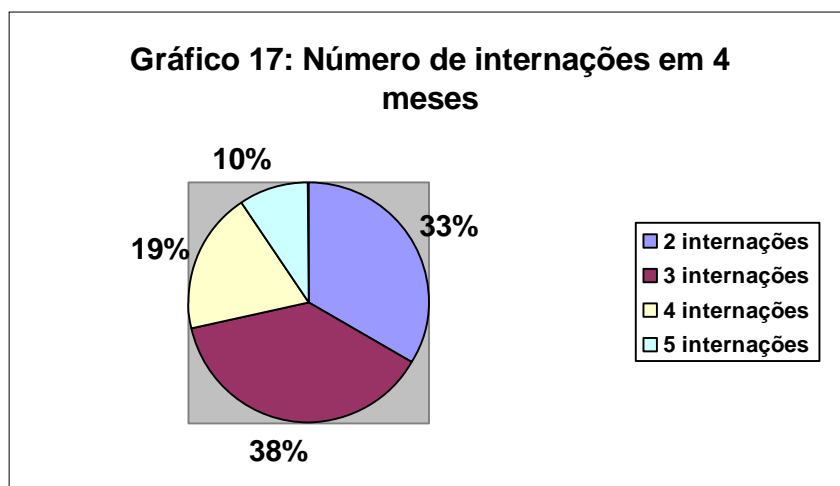


Figura 19: Número de internações em 4 meses.

Considerando a necessária articulação entre as políticas sociais (o que fundamenta a própria diretriz da integralidade), é interessante pensar de que como a família vem sendo incorporada nas políticas públicas. Nesse sentido, Campos e Miotto (2003) sugerem três modelos analíticos: a família do provedor masculino, a família nos sistemas de proteção social de orientação social-democrata e o familismo.

A primeira é a perspectiva clássica, comum a maioria dos Estados de Bem-Estar Social, e se refere ao repasse dos benefícios ao trabalhador, sendo este responsável, como provedor do grupo familiar, pela transferência interna dos recursos. A adoção desse modelo se dá em um momento de oferta de empregos estáveis, capazes de fornecer salários familiares o que também pressupõe que haja fortes laços afetivos e solidários intra-familiar.

A segunda compreende que o Estado deve socializar antecipadamente os custos enfrentados pela família, antes que sua capacidade se esgote. Para tanto, os benefícios são transferidos ao indivíduo e não à família e ainda, há provimento independente de serviços para o cuidado específico de crianças, idosos e deficientes. A medida que os serviços apóiam os encargos familiares, favorece a liberação da mulher para o mercado de trabalho, o que faz com essa modalidade de política seja também fator importante para a expansão de postos de trabalho.

O terceiro e último modelo de proteção social é aquele que por não prover apoio suficiente ao grupo familiar, considera que a família deve ser a principal responsável pelo bem estar de seus membros, tanto no que diz respeito ao provimento de recursos materiais quanto ao cuidado, havendo assim, uma sobrecarga da família, que não se vê

ancorada pelas políticas sociais. O cuidado se destina, nessa ótica, à figura feminina, o que contribui inclusive, para a reprodução social do trabalhador, como alternativa à retirada do Estado nesse setor. Segundo as autoras, esse é o modelo que mais se aproxima da realidade brasileira:

Tomando como parâmetro os diferentes lugares que a família ocupa nos sistemas de proteção social e relacionando-os à situação brasileira [...] é possível afirmar que no país temos uma orientação eminentemente “familista”. Deve-se reconhecer que esta não é uma característica nova, mas incrementada vertiginosamente desde a última década do século passado. Este incremento [...] parte da lógica político-econômica pautada nas agências internacionais, e há expectativa de que a família exerça um papel decisivo, até substitutivo, em relação ao acesso, cada vez mais incerto, ao sistema de direitos sociais. (CAMPOS e MIOTO, 2003, p. 181, 182).

Percebe-se ainda, a responsabilização da família nas legislações brasileira, quando apregoa a responsabilidade dos pais na criação dos filhos e o cuidado dos filhos com os pais idosos (Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso), bem como, reconhece a família como primeira instância de cuidado de seus membros (Constituição Federal). Identifica-se o modelo de proteção familista ainda nos programas de transferência de renda (tomemos o Bolsa Família como exemplo), destinados àquelas famílias que não conseguiram prover sua proteção internamente e que não tenham condições de acessá-la no mercado e organizados de forma a co-responsabilizar a família nesse processo.

Em suma, o modelo de proteção social brasileira atribui às famílias responsabilidades que não condizem com suas possibilidades, principalmente quando consideramos a população em situação de extrema vulnerabilidade, já tão violentada em seus direitos básicos. Nesse sentido é que se propõe discutir a determinação social do processo saúde/doença, sabendo que medidas de recuperação da saúde são insuficientes se descoladas de serviços que respondam às necessidades essenciais da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reinternações hospitalares discutidas no trabalho parecem indicar que há uma significativa fragmentação na assistência à saúde, estando a atenção curativa individual fragilmente relacionada às ações de promoção de saúde.

Segundo Czeresnia (2003), o termo promoção de saúde difere da prevenção no sentido em que não se refere ao controle de determinada doença, mas almeja melhora do bem estar geral. Apesar da saúde pública se nomear como responsável pela promoção de saúde, suas práticas geralmente são meramente preventistas, na medida em que são organizadas pela noção de doença (CZERESNIA, 2003) e não articulam as diferentes dimensões constitutivas do conceito ampliado de saúde em suas ações. Quanto ao conceito de saúde, a autora diz:

Apesar de configurar avanço inquestionável tanto no plano teórico quanto no campo das práticas, a conceituação positiva de saúde traz novo problema. Ao se considerar saúde em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida. Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído a responsabilidade de uma área de conhecimento e práticas. (CZERESNIA, 2003, p. 4)

Assim, ao pensarmos em saúde, é essencial a democratização não só do acesso, mas do próprio atendimento, sendo o usuário dos serviços, o participante mais importante nesse processo. Nesse sentido, o Serviço Social tem papel significativo nas práticas interdisciplinares em saúde, já que sua leitura de realidade possibilita o reconhecimento dos usuários como sujeitos de direito, havendo assim, a necessidade da profissão firmar seu compromisso com a classe trabalhadora nesse cenário.

Diante da ampliação do conceito de saúde e buscando materializar o atendimento integral à saúde, é essencial que a população usuária dos serviços seja qualitativamente ouvida, já que suas necessidades se dão a partir de sua realidade concreta, sendo essencial decodificá-la.

O Assistente Social é um profissional que se depara cotidianamente com relatos de condições de vida que são potencialmente fundamentadoras de políticas públicas,

que conforme já dito ao longo do trabalho, por assim serem, pressupõe que sejam elaboradas com a finalidade de responderem às necessidades coletivas. Assim, se percebe a importância do Serviço Social sistematizar esse conhecimento.

O reconhecimento da determinação social do processo saúde/doença como demarcada pela posição que os sujeitos ocupam na esfera da produção do sistema capitalista não limita a análise à situação de renda. Mas sim, considera as próprias condições de vida determinadas por essa estrutura e que, em muito, condicionam as possibilidades de acesso aos serviços (entre eles, os de saúde) e bens produzidos socialmente.

Justamente esse foi o objetivo do presente trabalho, mesmo reconhecendo que seja apenas uma aproximação ao tema, buscou-se mostrar que a determinação social da saúde se materializa nas condições de vida dos usuários dos serviços de saúde. E as reinternações se apresentam como um indício de insuficientes encaminhamentos intersetoriais de questões que ultrapassam o atendimento direto à recuperação da saúde no ambiente hospitalar. Assim, há a hipótese que as reinternações possam ocorrer devido ao fato das condições que determinam a saúde (e conseqüentemente, a ocorrência de doença), não tenham sido superadas, sejam quais forem os motivos.

Novamente, percebe-se uma possibilidade de trabalho para o Assistente Social, que desenvolve ações de cunho educativo que colaboram no processo de conscientização dos usuários como sujeitos de direitos, potencializando assim, seu caráter reivindicatório. Pois na medida em que reconhece que tem seus direitos violados, percebe a mobilização coletiva como meio de pressionar a oferta de respostas às suas necessidades, bem como, de alargar seu espectro de direitos.

Cabe ressaltar que essas ações não se referem ao simples repasse de informações de acesso aos direitos, pois como alerta Branco (2006)

quando a “exposição da informação” se limita ao predomínio da quantidade sobre o conteúdo pode estimular a passividade dos sujeitos e comprometer o exercício de sua cidadania. Dessa forma, não é o acesso a mais bases de dados, a mais informações, nem a redes mundiais, que por si só irá proporcionar mais conhecimento, se essa informação não está estruturada para incentivar o raciocínio crítico que permite interpretá-la. (CNDSS, 2008, p. 85 apud BRANCO, 2006).

Concorda-se com Bravo quando diz que é inegável a existência entre dois projetos de saúde em disputa atualmente, o privatista que pretende mercantilizar a saúde, e o proposto pela Reforma Sanitária, que defende um sistema público e universal de saúde e almeja transformações estruturais na sociedade, tendo a saúde como meio, já que é condição primária para a existência humana.

Apesar de não estar diretamente conectado à emergência do movimento sanitário em meados de 1970, percebe-se consonância nas bandeiras de luta do movimento e do Serviço Social, no sentido em que buscam a construção de uma sociedade em que todos tenham iguais oportunidades de desenvolvimento, sendo as políticas públicas fomentadoras desse aspecto.

Nesse sentido é que as práticas interdisciplinares não devem ter a legislação como limite às suas ações, compreendendo-a como um meio de operacionalização dos direitos, havendo a necessidade de que a luta não seja somente em defesa do SUS, mas sim, em torno da saúde coletiva e pública como um todo.

Desta forma, a retomada das bases da Reforma Sanitária exige participação de todos os setores, sendo essencial a troca de saberes entre as profissões de saúde e a articulação com os movimentos sociais, alargando assim, o potencial político da defesa do acesso universal aos serviços de saúde e respeito ao atendimento integral.

Pensar em integralidade pressupõe reconhecer a determinação social da saúde, intimamente relacionada com o conceito ampliado de saúde, o que envolve práticas interdisciplinares, intersetoriais e efetiva promoção de saúde, que não se limite ao controle de determinadas doenças. Mas sim, se refira à oferta de condições que possam permitir o desenvolvimento sadio dos sujeitos, respeitando inclusive, as determinações culturais e regionais que envolvem a construção da noção do que vem a ser saudável.

Nessa direção é que a descentralização como diretriz do SUS se veste de sentido, ao buscar aproximar os serviços de saúde à população usuária, para que possam ser formuladas proposições que realmente sejam condizentes com as necessidades identificadas pelos sujeitos. Novamente se percebe que o conhecimento acerca das condições de vida da população brasileira é passo primário para a formulação de ações que efetivamente revertam em melhora da qualidade de vida.

Destaca-se ainda que a descentralização como diretriz no sistema de saúde pública brasileira conforme estruturado atualmente, ainda se refere à descentralização do poder, envolvendo assim, gestão compartilhada do sistema.

Nesse espaço é que a participação da comunidade, entendida como controle social da população sobre as ações do Estado, “assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados” (Correia, 2008, p. 127) está assegurada legalmente na Constituição Federal de 1998 e regulamentada pela Lei Orgânica 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

A referida lei assegura a participação da comunidade, paritária ao número de trabalhadores de saúde e de representantes do governo, através da criação de Conselhos e Conferência de Saúde. Porém, é fundamental que se pense em formas de preparação para a participação dos conselheiros, para que as negociações se dêem de forma que todos os participantes gozem, potencialmente, de similar condição, sabendo que este não é um espaço neutro, mas sim, permeado de relações de poder.

Correia (2008, p. 127) ainda alerta que

No processo de descentralização da política de saúde, a criação dos Conselhos de Saúde é uma exigência legal para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais. Muitos desses foram criados apenas formalmente para cumprir o referido requisito legal, se constituindo em mecanismos de legitimação de gestões. São manipulados desde a sua composição, com a ingerência política dos gestores, até a sua atuação, reduzida à aprovação de documentos necessários para o repasse de recursos.

Nesse sentido é essencial um olhar atento sobre esses espaços, potencialmente democráticos, mas atualmente negligenciados quando pensamos na qualidade da participação e na articulação política que deve fundamentá-la.

Desse modo, a ocupação destes espaços pelos assistentes sociais, como profissional de saúde, e a democratização da informação a respeito da existência de um espaço legal a ser ocupado pelos usuários e pelos profissionais de saúde é o que requer uma preparação especial e de qualidade, tendo em vista seus interesses e necessidade, não

tem sido considerado demanda para o Serviço Social.
(VASCONCELOS, 2008, p. 252)

Assim, apresenta-se uma possibilidade de atuação para o Assistente Social, habilitado tanto a ocupar o espaço como conselheiro quanto para promover ações de preparação, pela leitura apurada que tem da realidade social, das políticas sociais e pela abordagem ímpar que tem com os usuários dos serviços.

Concorda-se com o ravo e atos , p. quando di em que “não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusividade apenas de uma categoria profissional.” Conclui-se dessa forma, que é de extrema importância que o Serviço Social acompanhe a dinamicidade da realidade social, reconhecendo as possibilidades de inserção nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais, que possam de, alguma forma, colaborar para a construção de hegemonia em busca da superação de um sistema de produção explorador e alienante, que caminha a passos largos, colocando milhares de pessoas em situação de mera sobrevivência, negando a própria existência humana.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO, CEBES, ABRES, REDE UNIDA, AMPASA. **O SUS pra valer**: universal, humanizado e de qualidade. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/anexos/O%20SUS%20pra%20Valer.pdf> Acesso em: 18 de maio de 2010.
- AERTS, D.; ALVES, G. G.; LA SALVIA, M. W.; ABEGG, C. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004, vol.20, n.4 Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n4/17.pdf> Acesso em: 18 de maio de 2010.
- ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 8, n. 1-2, Aug. 2000. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 de maio de 2010.
- ASSUMPTÃO, P. F. S. **A integralidade em saúde e o debate do serviço social**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2007.
- BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda dos direitos. São Paulo: Cortez, 2003. 304 p.
- BOSCHETTI, I. **Seguridade Social e Trabalho** paradoxos na construção das Políticas de Previdência e Assistência Social no Brasil. Brasília: Editora UNB, 2006, p. 142 -178.
- BRANCO, M. A. F. **Informação e Saúde**: uma ciência e suas políticas em uma nova era. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 18 de maio de 2010.
- _____. **Relatório final da 8ª. Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf Acesso em: 19 de junho de 2010.
- _____. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

_____. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.soleis.adv.br/leiorganicadasaude.htm> Acesso em: 18 de maio de 2010.

_____. **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990** - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf> Acesso em: 18 de maio de 2010.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8069.htm> Acesso em: 04 de junho de 2010.

_____, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Movimento sanitário brasileiro na década de 70:** a participação das universidades e dos municípios memórias. Brasília, 2007.

_____, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Guia para a Municipalização dos Objetivos do Milênio** Referências para a adaptação de indicadores e metas à realidade local / Agenda Pública - Agência de Análise e Cooperação em Políticas Públicas (elaboração), São Paulo: [s.n.], 2009. Disponível em: http://www.odmbrasil.org.br/upload/tiny_mce/090707_Guia_Municipalizacao_02.pdf Acesso em: 18 de maio de 2010.

_____, Ministério da Saúde. **Planejamento familiar.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=285 Acesso em: 21 de maio de 2010.

_____, Ministério da Saúde. **Resolução no. 218, de 06 de março de 1997.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm Acesso em: 18 de maio de 2010.

BRAVO, M. I. S. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde** - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

_____. As Políticas de Seguridade Social Saúde. In: CFESS/ CEAD. **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000

_____. Gestão democrática na saúde: o potencial dos Conselhos. In: BRAVO, M. I. de S. & PEREIRA, P. A. (Org.) **Política social e Democracia**. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/UERJ, 2002.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. (org.), **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez, 2008.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. (org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez, 2008.

BRASIL CULTURA. **Economia no regime militar**. 2009. Disponível em: <http://www.brasilcultura.com.br/historia/economia-no-regime-militar/> Acesso em: 19 de junho de 2010.

BUSS, P. M. Globalização, pobreza e saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.6, pp. 1575-1589. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600019&lng=en&nrm=iso Acesso em: 29 de março de 2010.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Apr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 de junho de 2010.

CAETANO, J. R. M. et al . Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, June 2002 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 de junho de 2010.

CAMPOS, M. S.; MIOTO, R.C.T. Política de assistência social e a posição da família na política social brasileira. **Revista Ser Social**. Brasília: UNB, N ° 12 jan.- junho, 2003, p. 165-190.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudanças**. São Paulo: HUCITEC, 2005.

CEBES. **Rediscutindo a Questão da Determinação Social da Saúde**. 2009. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Blog/Termo%20%20Determinacao%20Social.pdf> Acesso em: 19 de junho de 2010.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção.** 2001. Disponível em:
http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saide_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf Acesso em: 18 de maio de 2010.

CFESS. **Código de Ética do Assistente Social.** Brasília, 1993. Disponível em:
http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf Acesso em: 18 de maio de 2010.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília, 2009. Disponível em:
http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf Acesso em: 19 de junho de 2010.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional.** MOTA, A. E. (org.). Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1999, vol.15, n.4, pp. 701-709. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000400004 Acesso em: 14 de junho de 2010.

DELFINO, M. R. R.; PATRICIO, Zuleica Maria; MARTINS, Andréia Simon and SILVERIO, Maria Regina. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2004, vol.9, n.4 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a26v9n4.pdf> Acesso em: 18 de maio de 2010.

DIEESE. Salário mínimo nominal e necessário. Disponível em:
<http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminMenu99-94.xml#1994> Acesso em: 19 de junho de 2010.

ESTANQUE, E.; MENDES, J. M. M. Análise de classes e mobilidade social em Portugal: um breve balanço crítico. In: **Revista Crítica de Ciências Sociais**, nº 52/53, Coimbra, 2007.

FEKETE, M C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde.** Bibliografia básica do Projeto Gerus/Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. Brasil, p. 114-120, 1995.

GAZZINELLI, M F; GAZZINELLI, A; REIS, D C and PENNA, C M de M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2005, vol.21, n.1, pp. 200-206. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/22.pdf> Acesso em: 19 de junho de 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Plano 2012**. 2005. Disponível em:
<http://www.hu.ufsc.br/plano2012> Acesso em: 19 de junho de 2010.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais 2006**. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=774&id_pagina=1 Acesso em 21 de maio de 2010.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos FUNDAP**, 2001, p. 102-110. Disponível em:
<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad22/dados/Inojosa.pdf> Acesso em: 03 de maio de 2010.

INSTITUTO TRATA BRASIL. **Instituto Trata Brasil divulga ranking do saneamento com avaliação dos serviços nas 81 maiores cidades do País**. São Paulo, 2010. Disponível em
http://www.tratabrasil.org.br/novo_site/cms/templates/trata_brasil/util/pdf/release_final.pdf
acesso em: 19 de junho de 2010.

KRÜGER, T. R. **Os fundamentos ideo-políticos das Conferências Nacionais de Saúde**. Tese de Doutorado. Recife: PGSS/UFPE, 2005.

LAURELL, A. C. A saúde-doença com processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, 2, 1982. Disponível em: <http://fopspr.files.wordpress.com/2009/01/sausedoenca.pdf>
Acesso em: 19 de junho de 2010.

MAGALHÃES, S. M. **Avaliação e linguagem: relatórios, laudos e pareceres**. São Paulo: Veras Editora, Lisboa, CPIHTS, 2003.

MATTOS, R. A. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde**. Interface (Botucatu), Botucatu, 2009. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de maio de 2010.

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

MINAYO, M. C. S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Rev. Saúde Pública** [online]. 1991, vol.25, n.3. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v25n3/12.pdf> Acesso em: 18 de maio de 2010.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. (org.), **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez, 2008.

MISOCZKY, M. C. Equidade em saúde: uma revisão conceitual. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, Cortez, 1997, número 55.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, June 2004. Disponível em: www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300012&lng=en&nrm=iso Acesso em: 20 de maio de 2010.

NOGUEIRA, V. M. R. **Equidade e exclusão social sob o prisma do financiamento à saúde no Brasil**. 2000. Disponível em http://www.ssrevista.uel.br/c_v3n2_equidade.htm Acesso em: 26 de março de 2010.

ORTIGA, M. **Do morro ao asfalto**. 2009. Disponível em: <http://www.clicrbs.com.br/diariocatarinense/jsp/default2.jsp?uf=2&local=18&source=a2695653.xml&template=3898.dwt&edition=13374§ion=213> Acesso em: 21 de maio de 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde**. Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, 2005. Disponível em: <http://ddsdispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoesp/Textos%20Completos/Rumo%20a%20um%20Modelo%20Conceitual%20para%20Analise%20e%20Acao%20sobre%20DSS.pdf> Acesso em: 19 de junho de 2010.

PALERMO, P.U.; PORTUGAL, M.S.; Souza, F.H. Um estudo sobre a desigualdade no acesso à saúde na região sul. In: **Anais X Encontro Regional de Economia do Nordeste**, Fortaleza, 2005. Disponível em: http://www.bnb.gov.br/content/aplicacao/ETENE/Anais/docs/mesa14_texto3.pdf Acesso em: 12 de abril de 2010.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas: subsídios a crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2000.

PRIETSCH, S. O. M.; FISCHER, G. B.; CÉSAR, J. A., LEMPEK, B. S.; BARBOSA JÚNIOR, L. V.; ZOGBI, L.; CARDOSO, O. C.; ADRIANA M; SANTOS, A. M. Doença respiratória em menores de 5 anos no sul do Brasil: influência do ambiente doméstico. **Rev Panam Salud**

Publica, 2003. Disponível em: <http://journal.paho.org/uploads/1155581405.pdf> Acesso em: 14 de junho de 2010.

QUINTANEIRO, T.; BARBOSA, M. L.; OLIVEIRA, M. G.. **Um toque de clássicos: Marx, Durkheim e Weber**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

SARTI, C. A. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. Campinas, SP: Autores Associados, 1996

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**. Campus, Rio de Janeiro, 1979.

SILVA JR.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.) **Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. 1. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

TEIXEIRA, M. B.. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002, 105 p. Disponível em: http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00003407&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 18 de maio de 2010.

TRAVASSOS, C. et al . Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100012&lng=en&nrm=iso Acesso em: 18 de maio de 2010.

VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. 1992. In: FLEURY, S. (org.) **Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro, Relumê-Dumará, 1992.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, A. E. (org.), **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez, 2008.

VELOSO, F. A.; VILLELA, A.; GIAMBIAGI, F.. Determinantes do "milagre" econômico brasileiro (1968-1973): uma análise empírica. **Rev. Bras. Econ.** [online]. 2008, vol.62, n.2, pp. 221-246. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71402008000200006&lng=en&nrm=iso Acesso em: 13 de abril de 2010.

VINTÉM, J.M, GUERREIRO, M.D, CARVALHO, H. Desigualdades de género e sociais na saúde e doença em Portugal ma an lise do dulo “ a de” do uropean ocial urve - 2004. **IV CONGRESSO PORTUGUES DE SOCIOLOGIA** [trabalhos apresentados], 2008. Disponível em: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/325.pdf> Acesso em: 18 de maio de 2010.

YAZBEK, M. C.. As ambigüidades da Assistência Social brasileira após dez anos de LOAS. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.77, p. 11-29. 2004.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F.. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 3, Dec. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 de junho de 2010.

ANEXOS