

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

A INTERDISCIPLINARIDADE NO CONTEXTO DO TRATAMENTO DE SAÚDE DO  
PACIENTE INTERNADO NA PEDIATRIA DO HOSPITAL UNIVERISTÁRIO POLYDORO  
ERNANI DE SÃO TIAGO

SABRINA CORRÊA

FLORIANÓPOLIS – SC

2010/1

SABRINA CORRÊA

A INTERDISCIPLINARIDADE NO CONTEXTO DO TRATAMENTO DE SAÚDE DO  
PACIENTE INTERNADO NA PEDIATRIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO  
ERNANI DE SÃO TIAGO

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao  
Departamento de Serviço Social da Universidade  
Federal de Santa Catarina como requisito para  
obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientador: Professor Drº Ricardo Lara.

FLORIANÓPOLIS – SC

2010/1

SABRINA CORRÊA

Trabalho de conclusão de curso aprovado como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, de acordo com as normas do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

BANCA EXAMINADORA

---

Orientador

Ricardo Lara

Professor Dr<sup>o</sup>. do departamento de Serviço Social

---

1<sup>a</sup> examinadora

Tânia Regina Krüger

Professora Dr<sup>a</sup>. do departamento de Serviço Social

---

2<sup>a</sup> examinadora

Helenara Silveira Fagundes

Professora Dr<sup>a</sup>. do departamento de Serviço Social

**Pedras no caminho?  
Guardo todas, um dia vou construir um castelo...  
Fernando Pessoa**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente, a Deus. A Ele que me proporcionou a vida, que me levantou nos momentos de dor, que me mostrou o caminho certo a percorrer e que me abençoou para que eu conseguisse alcançar todos os meus objetivos, obrigada Senhor.

Aos melhores pais do mundo, só cabe dizer que os amo muito e que sem eles, essa etapa não estaria sendo cumprida. Vocês são o meu alicerce diário, aqueles que estão sempre comigo, apesar de tudo. Em vocês sempre encontro o ombro amigo, a palavra de conforto, e o puxão de orelha quando necessário, que foram indispensáveis para que eu me tornasse quem sou. Não posso deixar de dizer que são um exemplo para mim. Quem me dera possuir todo o caráter, a humildade, a paciência e determinação do meu pai. Quem me dera ainda, tornar-me uma mulher batalhadora, sonhadora e realizadora, forte e ao mesmo tempo sensível e dedicada aos que ama, assim como minha mãe. Não é possível descrever a minha gratidão e o imenso amor que sinto por vocês.

Às minhas irmãs, que são também companheiras e amigas. Preciso dizer que me sinto muito feliz, porque além dos laços de sangue e do amor de irmãs que nos une, existe uma amizade tão bonita e perfeita, que é construída dia a dia, de risada em risada, de palhaçadas em palhaçadas, de brigas em brigas, a cada conselho que trocamos, a cada segredo que compartilhamos, a cada lágrima que juntas derramamos. Enfim, a cada pequeno, belo e inesquecível momento de nossas vidas que juntas passamos! Obrigada por esses momentos!

Aos meus amigos, colegas e a todos que torceram por mim nessa fase, esse pensamento positivo foi fundamental para que eu estivesse realizando mais este sonho. Aqui cabe citar uma pessoa que tem sido muito especial nessa fase, meu namorado Vinícius. Obrigada pela força, quando eu achava que não iria conseguir! Obrigada pela paciência quando eu me estressava e descontava em você as minhas angústias! Obrigada por entender e respeitar esses momentos! Obrigada pela dedicação, pelo cuidado e principalmente pelo amor que você tem demonstrado o tempo todo! Falta pouco para que alcancemos o nosso final feliz!

A todos os colegas da Universidade que dividiram angústias e preocupações, mas também alegrias e momentos de descontração, obrigada por essa etapa que vencemos juntos! Apesar da distância que possa nos separar, guardarei todos os momentos vividos com muito carinho. A todos os professores que de alguma forma, contribuíram para o processo de aprendizado e principalmente para o professor e meu orientador Ricardo Lara que aceitou o desafio de dividir a construção deste trabalho comigo. Obrigada a todos!

## RESUMO

O presente trabalho tem como foco de discussão a interdisciplinaridade na área da Saúde. Justifica-se a elaboração deste como forma de problematizar e sistematizar a importância do atendimento interdisciplinar para o processo de recuperação/tratamento da saúde do paciente internado na Pediatria do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU). Dentre os objetivos deste trabalho estão: pesquisar bibliografias que discutem o tema da interdisciplinaridade e conceitos relacionados a este e bibliografias referentes ao conceito ampliado de Saúde e sua relação com os condicionantes/agravantes da recuperação da saúde; sistematizar apresentação do campo de pesquisa e ações do Serviço Social; realizar estudo de caso e pesquisa na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do HU. O estudo de caso foi realizado baseado em documentos de atendimento de um paciente internado, que demandou ações interdisciplinares da equipe de Saúde, para que fosse atendida de forma integral todas as demandas deste usuário. A pesquisa foi realizada com profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional da UIP do HU: uma médica, uma psicóloga, uma assistente social e uma enfermeira. Procuramos com essa pesquisa reiterar a importância e a necessidade que um atendimento interdisciplinar, seja despendido a todos os usuários do serviço de Saúde. Enfatizamos a prática das “reuniões de intercâmbio” que acontecem na Unidade, campo da pesquisa, como um modelo de prática que precisa ser fortalecido e seguido em todas as Unidades do hospital, se assim, quisermos chegar a constituir um atendimento interdisciplinar, que conseqüentemente, possibilitará alcançarmos a integralidade nas ações em Saúde.

Palavras-chaves: interdisciplinaridade, Saúde pública, Hospital Universitário.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AAHU – Associação Amigos do HU
- ABRASCO – Associação brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
- BPC – Benefício de Prestação Continuada
- CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
- CETE – Centro de Educação e treinamento
- CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
- CIHDOTT – Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
- CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
- CS – Centro de saúde
- CT – Conselho Tutelar
- DPM – Departamento de Medicina Preventiva
- DSS – Departamento de Serviço Social
- ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
- HIV – Vírus da Imunodeficiência humana
- HU – Hospital Universitário
- LEVA – Laboratório Estudos da Voz e Audição
- LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
- LOS – Lei Orgânica da Saúde
- NIPEG – Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- ONG's – Organizações não-governamentais
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
- UIP – Unidade de Internação Pediátrica
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>1 SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>12</b>
1.1 RESGATE DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	12
1.2 TRABALHO EM EQUIPE.....	21
1.3 INTERDISCIPLINARIDADE: HISTORICIDADE DO TERMO.....	22
1.4 DIFERENCIAÇÃO DOS CONCEITOS.....	24
1.5 ENTENDIMENTOS ACERCA DA INTERDISCIPLINARIDADE.....	26
<b>2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DO ESTÁGIO E DAS AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL.....</b>	<b>32</b>
2.1 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU.....	32
2.2 O SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO.....	35
2.3 A UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA - UIP.....	40
2.4 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: TRAJETÓRIA E ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	45
<b>3 PESQUISA DESCRITIVA.....</b>	<b>52</b>
3.1 ESTUDO DE CASO.....	52
3.1.1 APRESENTAÇÃO DO CASO.....	52
3.1.2 ANÁLISE DO CASO.....	60
3.2 PESQUISA .....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS.....	83



## Introdução

Este trabalho de conclusão de curso traz reflexões a partir da experiência de estágio curricular obrigatório I e II. A disciplina de Estágio Curricular Obrigatório está prevista no currículo do curso de Serviço Social, do departamento de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina. O Estágio é o ensino da prática profissional supervisionada, sendo regida pelas normas gerais de Estágio desta mesma universidade e norteadas pelas Diretrizes gerais de Estágio definidas pelo Colegiado do curso. O Estágio se realizou no período de agosto de 2009 a julho de 2010, na Unidade de Internação pediátrica (UIP) do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU) e proporcionou o entendimento do direito à Saúde e como ele realmente se efetiva diante da sociedade desigual que vivemos. Proporcionou ainda, uma visão ampliada sobre o usuário do serviço, e assim, conseqüentemente, o interesse pelo tema da interdisciplinaridade, que pressupõe um atendimento global desse usuário.

O tema do presente trabalho surgiu no contexto de participação das “reuniões de intercâmbio” (reuniões interdisciplinares) que aconteciam na UIP todas às terças-feiras, às 14 horas. Participavam assiduamente das reuniões o setor de Psicologia e de Serviço Social da Unidade. Freqüentemente contávamos com a participação de alunos de medicina e de representante da equipe de enfermagem. Com menos intensidade também participavam residentes em medicina que estavam atuando na UIP.

Participar das reuniões possibilitou uma visão ampliada da necessidade de um efetivo atendimento interdisciplinar na Unidade, que se fazia indispensável para um eficaz atendimento das famílias em todas as demandas trazidas. Percebemos em nossos contatos com os usuários do Serviço de Saúde, através de acolhimentos, entrevistas e visitas diárias aos leitos dos pacientes internados, durante todo o período de estágio, que a ausência da saúde é apenas uma das muitas situações difíceis enfrentadas por estes. Assim, dispor de um atendimento interdisciplinar para essas famílias era imprescindível e se apresentava como pressuposto e possibilitador de um atendimento baseado no princípio da integralidade.

Apesar do previsto em nossa Constituição Federal de 1988, que garante saúde a todos, sabemos que esse direito não é efetivado em sua plenitude pelo poder público. Dessa forma, a recuperação da saúde é uma luta diária do nosso usuário por atendimentos nos Centros de Saúde, por vaga nos hospitais, por moradia digna, educação de qualidade, entre outros direitos, negados a maioria deles. As famílias atendidas apresentavam os reflexos das conseqüências do retraimento do Estado com relação ao enfrentamento das expressões da questão social e diante da ausência de políticas públicas de proteção social às famílias.

O Estado reduz suas responsabilidades na área social e repassa às famílias a obrigação do cuidado e do enfrentamento às dificuldades. Esses deveriam ser realizados através do direito à saúde, educação, moradia, assistência. Mas o acesso a estes não se faz suficiente. Conseqüentemente, como as famílias não possuem recursos sociais e principalmente econômicos para acessar essas necessidades de outra forma, vivem situações cada vez mais vulnerabilizadas.

Assim, este trabalho tem por objetivo problematizar a importância da interdisciplinaridade no contexto do tratamento de saúde dos pacientes internados na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do Hospital Universitário (HU) Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

Para alcançarmos o objetivo da pesquisa, estabelecemos os seguintes objetivos específicos: pesquisar bibliografias que discutem o tema da interdisciplinaridade e bibliografias referentes ao conceito ampliado de Saúde e sua relação com os condicionantes/agravantes da recuperação da saúde; sistematizar apresentação do HU, bem como do Serviço Social nessa instituição e mais especificamente das ações do Serviço Social na UIP do referido hospital; realizar estudo de caso baseado em entrevista, relatórios de atendimentos e encaminhamentos realizados pelo Serviço Social da UIP do HU; realizar pesquisa com equipe multidisciplinar de Saúde da UIP do HU através de questionários com questões fechadas, de múltipla escolha e abertas.

Destacamos que a UIP do HU conta atualmente com 30 leitos, onde são atendidas crianças de 0 a 14 anos, sua abrangência é estadual. A maioria das famílias atendidas são provenientes de populações das classes subalternas, caracterizadas pelas condições precárias de moradia e de acesso à saúde pública. Grande parte dos pais não conseguiram completar o ensino fundamental e trabalham em empregos informais, recebendo remunerações muito baixas.

A Pediatria é campo de estágio há vinte quatro anos, já contando com cinquenta Trabalhos de Conclusão de Curso. Dentre as atividades desenvolvidas, além da reunião de intercâmbio com membros da equipe multiprofissional, para discussão de casos atendidos, realizamos também supervisão semanal. São também realizados diariamente os acolhimentos a novas famílias de crianças internadas, entrevistas com acompanhante de paciente e visitas diárias há pacientes já internados

Para tratar da temática interdisciplinar o trabalho estruturou-se em três capítulos. No primeiro deles foi realizado um breve resgate histórico da saúde pública no Brasil, dando-se ênfase, principalmente, ao conceito ampliado de saúde, ao princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde e ao trabalho interdisciplinar. Anteriormente às definições sobre interdisciplinaridade, foi realizada explicitação sobre o trabalho em equipe, sobre a historicidade do termo interdisciplinar e uma diferenciação entre os conceitos relacionados ao interdisciplinar: multidisciplinar, pluridisciplinar e transdisciplinar.

No segundo capítulo foi realizada caracterização do campo de estágio na Unidade de

Internação Pediátrica (UIP) do Hospital Universitário, situamos o contexto institucional, as ações do Serviço Social em todo âmbito hospitalar e principalmente na UIP e desenvolvemos uma explanação sobre a trajetória histórica do Serviço Social na Saúde e uma breve reflexão sobre as ações dos assistentes sociais na Saúde.

No terceiro e último capítulo foi exposto o estudo de caso, baseado em entrevista, relatórios de visitas diárias ao leito do paciente e relatórios de encaminhamentos, e ainda a pesquisa realizada com profissionais que trabalham na Unidade de Internação pediátrica (UIP) do Hospital Universitário (HU) Polydoro Hernani de São Tiago.

Portanto, o presente estudo busca contribuir para divulgar e reiterar a necessidade de um atendimento interdisciplinar na área da saúde, reforçando que este pode ser um possibilitador para alcançarmos a integralidade nos atendimentos dos pacientes internados e suas famílias.

## 1. Saúde pública

Neste primeiro item será apresentado um breve resgate histórico da saúde pública no Brasil, dando-se ênfase, principalmente, ao conceito ampliado de saúde, ao princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde e ao trabalho interdisciplinar.

Para iniciar a discussão apresentamos o entendimento de que a Política de Saúde no Brasil viveu, segundo Bravo (2001), três momentos significativos. São eles: assistencialista, previdencialista e universalista.

Para fins desta pesquisa, importa destacar a discussão do terceiro momento. Sobre ele, Bravo (2001, p. 21) afirma: “Universalista – fruto do processo de redemocratização da sociedade brasileira e legitimada na Constituição de 1988, mas que não foi implementada efetivamente, tendo impasses e regressão na década de 1990”.

Neste período, teve destaque o Movimento de Reforma Sanitária, que trouxe com ele o conceito ampliado de Saúde, a defesa de um sistema de saúde público e a universalização do acesso, entre outros, essenciais no processo de reconhecimento da saúde como “direito de todos e dever do Estado” contida na Constituição de 1988. Portanto, a discussão do momento Universalista é fundamental para essas questões que serão levantadas ao longo da pesquisa.

### 1.1 Resgate da trajetória histórica da saúde pública no Brasil

Podemos iniciar essa discussão pensando no Projeto da Reforma Sanitária. Em 1950 com a criação dos primeiros Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) abriu-se a possibilidade para a discussão da saúde não somente como a ausência de doença. Esse campo da especialidade entendia que as determinações sociais interferiam na produção das doenças e nas relações entre o setor de saúde e a população.

Foi a partir da articulação das DMP's que teve início a organização do movimento sanitário, que, segundo Escorel, Nascimento e Edler (2005, p. 43): “buscava conciliar a produção do conhecimento e a prática política, ao mesmo tempo em que ampliava seu campo de ação, envolvendo-se com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela redemocratização do país”.

O Movimento Sanitário caracterizou-se como uma força política construída na articulação das propostas contestatórias ao regime militar. Em 1976 foi criado o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), que através da *Revista Saúde em debate* divulgou suas plataformas de lutas e foi um canal de discussões sobre o movimento sanitário, além de se constituir em instrumental de luta

pela democratização do país e pela racionalização na organização dos serviços de saúde. Escorel, Nascimento e Edler (2005) citam ainda, como protagonista na luta do movimento sanitário a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

Foi nesse contexto de reformulação da política de saúde que emergiu o movimento sanitário. Este questionava a centralização das decisões da política de atenção à saúde, que consequentemente, favoreciam interesses do setor privado.

A ampla participação de novos atores nessa discussão fez com que a Saúde deixasse de ser “interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (Bravo, 2001, p. 25). Esses sujeitos discutiram principalmente a universalização do acesso; o dever do Estado com a saúde; a estratégia do Sistema Unificado de Saúde; a descentralização do processo decisório; o financiamento efetivo e a democratização do poder local, através dos Conselhos de Saúde.<sup>1</sup>

Baseado em Bravo (2000), entende-se que o projeto da Reforma Sanitária foi fruto de uma intensa mobilização diante de um Estado conservador e assistencialista. A sociedade brasileira reivindicava um Estado democrático com políticas sociais. O objetivo era reverter a perversidade do sistema vigente e propor um sistema único de saúde, através do qual fosse possível um Estado democrático e de direito, que se responsabilizasse pelas políticas públicas e pela saúde.

Segundo Andrade, Pontes e Júnior (2000):

O grande desafio do Movimento da Reforma Sanitária passou a ser promover a transição do sistema desintegrado, no que diz respeito à articulação das esferas de governo, e centralizado, ora em serviços médicos hospitalares privados, ora em programas verticalizados, para um outro sistema com comando único em cada esfera de governo. Aqui não mais uma tarefa de resistência, mas uma tarefa construtiva.

Nesse processo pode ser dado destaque à 8ª Conferência Nacional de Saúde, seu tema central, segundo Bravo (2001, p. 25) deu enfoque à “saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do sistema nacional de saúde; financiamento setorial”. Essa conferência foi um marco na história da saúde pública no Brasil, pois introduziu no cenário da discussão a sociedade como um todo.

---

<sup>1</sup> Os Conselhos de Saúde são espaços deliberativos integrantes da engenharia político-institucional do Sistema Único de Saúde do Brasil, constituindo uma inovação crucial para a democratização das decisões setoriais. Segundo a Lei 8.142 “O Conselho de Saúde em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representante do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua 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 de governo (Art. 1º, inc. 2º). (...) a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. (Art. 1º, inc. 4º)

Nesse momento histórico, Sérgio Arouca, em seu discurso de abertura aponta:

Saúde é democracia. Isto é, passou-se a perceber que não era possível melhorar o nível de vida da nossa população enquanto persistisse, neste País, um modelo econômico concentrador de renda e um modelo político autoritário. Para romper o ciclo econômico que levava nossa população a viver cada vez mais em piores condições, um passo preliminar era a conquista da democracia. (AROUCA, 1986)

Em seu relatório final, apresentam-se conclusões tais como: as modificações necessárias transcendem uma reforma financeira e administrativa, exigindo-se uma ampliação do próprio conceito de saúde e a correspondente ação institucional. Isso feito, através de revisão da legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde. Sobre a participação do setor privado conclui-se que este deveria dar-se sobre o caráter de serviço público “concedido” e o contrato regido sob as normas do direito público.

Para Correia (2005) o processo da 8ª Conferência Nacional de Saúde mostrou a batalha entre os setores progressistas e os setores conservadores no que diz respeito a garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado, também nos assuntos relacionados à descentralização, ao atendimento integral, a universalização, a resolutividade, a hierarquização, a regionalização e a participação.

Para Arouca (1987), a 8ª Conferência Nacional de Saúde desenvolveu uma crítica ao conceito abstrato de saúde difundido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em que saúde era entendida apenas como bem-estar físico, mental e social. Este autor define saúde como:

“um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno, é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente, a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo [...]” AROUCA (1987, P. 41).

As lutas do movimento sanitário resultaram no reconhecimento por parte da Constituição Federal de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, a “saúde como direito de todos e dever do Estado”, que deverá ser garantido através das políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988 *apud* Krüger, 2005, p. 70).

Segundo Bravo (2001, p. 26): “o texto constitucional com relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão popular atende em grande parte às reivindicações do movimento

sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica”.

Para Teixeira (1989 *apud* Bravo, 2001, p. 26 e 27) os principais aspectos aprovados na Constituição foram:

- O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não-segurado, rural/urbano;
- As ações e serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Bravo (2006, *apud* Oliveira, 2009, p. 25) aponta algumas conquistas resultantes da Constituição de 1988, dentre elas estão a política descentralizada que dá ênfase aos municípios, pois se constitui como política universal, o Conselho Nacional de saúde que teria objetivo de proporcionar o acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado e o acesso igualitário aos serviços de promoção e recuperação da saúde.

Apesar de todo o avanço, as incertezas com relação à implementação do projeto de reforma sanitária eram muitas. Bravo (2001, p. 27) destaca:

A fragilidade das medidas em curso, a ineficiência do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma, que passam a dar a direção no setor a partir de 1988.

Há um forte ataque por parte do grande capital e seus grupos dirigentes à todos os avanços do texto constitucional. Bravo (2001, p. 29) aponta que a Reforma da Previdência Social atingiu o núcleo dos direitos sociais e políticos conquistados pela classe dos trabalhadores. O agendamento da reforma da previdência ao invés da seguridade teve a intenção de desmontar a proposta de Seguridade Social contida na Constituição de 1988.

Nesse contexto, algumas questões comprometem o avanço do SUS enquanto política social:

o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não-

unificação dos orçamentos federais, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. (BRAVO, 2001, p. 30)

Assim, segundo Oliveira (2009, p. 26):

O contexto do sistema de proteção brasileiro apresentou-se contraditório, pois se conquistou em nível universal um sistema de seguridade social, com instâncias de participação, porém logo após ocorreu Reforma do Estado Brasileiro desencadeada na década de 1990, com transformações na implementação das políticas sociais através da focalização, privatização e da descentralização.

A década de 1990 foi marcada pelo avanço do neoliberalismo, que trouxe com ele o desmonte do Estado, a defesa de um Estado mínimo para as políticas sociais e máximo, somente, para o capital. Nesse período vivemos também a reestruturação do mundo do trabalho, que se caracteriza pela precarização do trabalho e desestruturação da luta de classes, reduzindo conquistas sociais e trabalhistas.

Nesse sentido, as políticas sociais foram restringidas e perderam sua dimensão integradora, a sociedade passa a ser responsável pela sua saúde, caracterizando uma visão focalista por parte do Estado, que se desresponsabiliza de suas funções e deveres com a sociedade, garantindo apenas um mínimo para aqueles que não podem pagar pelo atendimento de suas necessidades no setor privado. Como lembra Yazbek (*apud* Yamamoto, 2009, P. 23): o pensamento neoliberal estimula um vasto empreendimento de “refilantropização do social”, e opera uma profunda despolitização da “questão social” ao desqualificá-la como *questão pública, questão política e questão nacional*.

A partir desse ataque e desmonte realizado pela política neoliberal, na segunda metade da década de 1990 prevaleceu um projeto de saúde privatista. Este projeto pauta-se segundo entendimento de Bravo (2001, p. 30) em uma política de ajuste, que teria a contenção de gastos, a racionalização das ofertas e a descentralização isentando o poder central, como suas principais tendências. Apresenta ainda como propostas: “**caráter focalizado** para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, **ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização** dos serviços ao nível local, **eliminação da vinculação de fonte** com relação ao financiamento”. (Bravo, 2001, p. 30, grifos do autor)

Bravo (2001, p. 31) sinaliza a necessidade de resgatar o Projeto de Reforma Sanitária na sua totalidade. Sugere que o controle social seja aprofundado e que é indispensável, para a construção de uma esfera pública democrática, a participação da população tanto na elaboração, implementação e também na fiscalização das políticas sociais.

A autora aponta algumas estratégias para atingir esse objetivo:



- Democratização das informações relativas à saúde;
- Realização de encontros populares de saúde e/ou pré-conferências;
- Rearticulação dos Conselhos Comunitários de Saúde e/ou Fóruns Populares;
- Implantação ou rearticulação dos Conselhos Gestores de Unidades;
- Mobilização das entidades dos profissionais de saúde para participarem dos Conselhos;
- Elaboração de Planos de Saúde com participação dos sujeitos sociais;
- Mobilização e/ou iniciativas para modificar a composição dos Conselhos não-paritários;
- Articulação entre os Conselheiros representantes dos usuários e profissionais de saúde. (BRAVO, 2001, p. 31)

A partir dessas considerações, percebe-se que há uma distância muito grande das propostas do Movimento Sanitário e a prática vigente. O SUS consolida-se como espaço para os que não têm acesso à saúde oferecida no mercado, sua proposição como sistema público universal não se efetivou.

Podemos concluir, após esse pequeno resgate, que saúde e adoecimento não dependem apenas de aspectos físicos e genéticos, mas têm também relação com a qualidade de vida das pessoas. Diferentemente de algumas idéias do senso comum qualidade de vida não se resume apenas em “saber viver”. A questão da qualidade de vida se dá no conjunto das relações sociais, ou seja, nas relações do homem com a natureza, o trabalho, o lazer, a educação, condições de habitação, entre outros. Deve ainda, segundo Bertani (2007, P. 20) “ser relacionada com saúde, bem-estar, liberdade e autonomia”.

Bertani apresenta o seguinte entendimento de Saúde:

Saúde rege as questões políticas, prevê o *continuum* na elaboração e aplicação de Políticas Públicas, empresta atenção aos aspectos sócio-econômicos, sócio-culturais. Envolve, ainda, cuidados de vigilância sanitária e epidemiológica, atende as necessidades apresentadas pelas condições em que o trabalho é realizado e a distribuição da renda é feita. Pauta-se também o aspecto subjetivo-individual, considerando as expectativas pessoais e crenças pessoais, ainda que socialmente construídas. Traz, inserida na sua concepção homem-mundo, a idéia de coexistência, mas do que convivência, “existir com”, repartir, apoiar, amparar. Saúde, a nosso ver é também coexistência e paz, respeito e cidadania. (BERTANI, 2007, P. 21)

A partir disto, vemos que os processos de recuperação da saúde dos usuários desses serviços não se baseiam somente no atendimento médico de qualidade. A Lei 8.880/90 em seu artigo 3º dispõe que:

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.<sup>2</sup>

Segundo publicação da Organização Mundial de Saúde (1996, p. 6):

“Os cuidados médicos podem prolongar a vida depois de se ter sofrido algumas doenças graves mas as condições econômicas e sociais, que afetam o estado de saúde das pessoas, acabam por ser mais importantes em termos de benefício para a saúde das populações. As condições degradadas conduzem a uma saúde precária. Os recursos materiais escassos e comportamentos pouco saudáveis produzem efeitos nocivos diretos, mas as preocupações e as inseguranças do dia a dia e a falta de meios de apoio também são determinantes”.

Sobre o Sistema Único de Saúde, trazemos agora para a discussão seus princípios, segundo Matos (2003, p. 98):

- **Universalidade:** a defesa de que toda pessoa, independente de contribuição financeira ou não, tem direito aos serviços públicos de saúde.
- **Descentralização:** a compreensão de que a política pública de saúde deve se dar de maneira descentralizada, privilegiando o planejamento da esfera local. Sem com isso desobrigar os estados e o governo federal.
- **Hierarquização:** que os serviços de saúde sejam estruturados de maneira que haja uma ordenação da prestação de acordo com as demandas apresentadas.
- **Integralidade:** a compreensão de que o atendimento deve entender o homem enquanto uma totalidade, bem como a articulação entre os saberes envolvidos nesse processo, notadamente na articulação entre a assistência preventiva e curativa.
- **Regionalização:** buscar uma articulação entre a rede de serviços de uma determinada região, por compreender que a situação de saúde de uma população está ligada diretamente às suas condições de vida, bem como articular a rede de serviços de saúde existentes.
- **Participação popular:** a defesa da participação da sociedade civil na elaboração, fiscalização e implementação da política pública de saúde, portanto o exercício de controle social.

Para se compreender o funcionamento do direito à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde é necessário ter claros conceitos como universalidade e integralidade. O primeiro está relacionado com a gratuidade no acesso aos serviços. A associação entre a universalidade e a gratuidade afasta a política de saúde da “focalização”, deixando de basear-se no atendimento apenas dos “necessitados” e “pobres” para um atendimento ampliado a todos os cidadãos, independente da condição econômica. Sobre a universalidade Rios (2009, p. 7) afirma:

o respeito e a observação das diferentes situações experimentadas pelos indivíduos e grupos quando do desenvolvimento das políticas públicas. Numa sociedade plural e diversa, cumprir a obrigação de propiciar acesso universal igualitário, significa,

---

<sup>2</sup> Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

na medida do possível, considerar a diversidade cultural, social, econômica e geográfica presente nos indivíduos e grupos destinatários das políticas públicas de saúde, tornando o sistema de fornecimento de bens e serviços pertinentes à saúde capaz de atendê-los.

Sobre o conceito da integralidade, vê-se que este, deve ser entendido como um dos pilares para garantir a qualidade de atenção à saúde. A partir do entendimento de Campos (2003), o estágio de determinado agravo à saúde está ligado a níveis de intervenção segundo conhecimentos e tecnologias disponíveis para atuação em âmbitos individuais e coletivos. Estes precisam estar articulados e integrados em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde.

Segundo este autor, um desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma como os estabelecimentos do setor de saúde trabalham até hoje. Essa mudança deveria ocorrer em dois níveis: institucional e da prática profissional. Ainda, segundo este autor, as pessoas devem ser encaradas como sujeitos, assim, a atenção deve ser totalizadora e levar em conta as diferentes dimensões, biológicas, sociais, psicológicas do sujeito.

Giovanella (2000) *apud* Campos (2003) buscou sistematizar uma metodologia para avaliar se os sistemas de saúde municipais são, mais ou menos, integrais:

Como ponto inicial esta forma de organizar o sistema depende da vontade política, ao se definirem prioridades, e também de mudanças organizacionais e da forma de gestão do sistema de atenção. Em suma, os sistemas integrais de saúde deveriam atender a algumas premissas básicas, quais sejam: a primazia das ações de promoção e prevenção; a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; a abordagem integral do indivíduo e famílias.

Mattos (2006, p. 42) ao tratar da integralidade define:

parece ser assim: uma noção amálgama, prene de sentidos. [...] Talvez não devamos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa.

A defesa de não-definição do termo está ligada ao fato de que para muitos autores, esse conceito se faz no dia-a-dia das profissões. No reconhecimento por parte dos profissionais de saúde do usuário como sujeito completo e não fragmentado, não como parte, mas como todo. E, portanto, que não pode ser encarado e ter seu tratamento de saúde realizado integralmente, sem que se esteja claro as influências de suas dimensões psicológicas, biológicas e sociais.

O termo também remete às práticas profissionais, que desse modo, deveria também ser realizadas de forma não-fragmentada, ou seja, que deve ser encarada como um ideal de atendimento a ser alcançado. Mattos (2006, p. 41) reflete sobre a integralidade:

ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objeto”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Não se pode é claro, cair na idéia de que a postura isolada de cada profissional possa fazer com que o atendimento como um todo, seja integral. É indispensável uma equipe organizada, que esteja disposta a redefinir e a incorporar novas práticas em seu cotidiano de trabalho. Nesse sentido, Mattos (2006, p. 52) entende mais útil: “falar da integralidade como uma dimensão das práticas. [...] Há que se reconhecer que a maneira como as práticas estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade”.

Entende-se com isso, que a integralidade se apresenta como um modo de organizar os serviços, assimilando, sempre que possível, necessidades não contempladas anteriormente. Ou seja, deve ser uma busca contínua de ampliação das possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de determinado grupo da população.

Nesse sentido, integralidade, segundo Mattos (2006, p. 61): “implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação de abertura para o diálogo”. Diálogo esse, entendido pelo autor, como uma relação sujeito-sujeito, estabelecido nas práticas dos serviços de saúde, entre profissionais e entre profissionais e usuários; estabelecido nos debates sobre a organização dos serviços e nas discussões sobre as políticas.

O processo da integralidade depende ainda das percepções e concepções dos atores envolvidos com os serviços de saúde, sobre os conceitos de doença, saúde e cura. Nesse ponto, é crucial o entendimento já explicitado sobre o conceito ampliado de saúde, o que, muitas vezes falta aos profissionais de saúde, que relacionam as doenças somente aos fatores biológicos, esquecendo-se que fatores socioeconômicos e culturais também influenciam significativamente nessas questões.

Temos o exemplo enfatizado por Minayo (1997 *apud* Pinheiro, 2006, p. 81) de que violência não é propriamente um objeto de saúde, mas tem preocupado o setor, pois:

tudo aquilo que resulta no agravo às condições de vida, de trabalho, de relações interpessoais e toda superação de tais condições diz respeito ao campo da saúde coletiva; de outro, a violência num sentido mais estrito, afeta a saúde dos indivíduos, pois ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima.

Além da violência, podemos pensar também, por exemplo, na redução do nível de emprego que afeta negativamente toda população brasileira, seja porque os mecanismos para

reaproveitamento da força de trabalho são insuficientes, ou pela incapacidade das políticas públicas em compensar esses efeitos. O certo é que, sem renda a população precisa sujeitar-se a empregos informais, exploradores, exaustivos, que conseqüentemente, também são causadores de doenças. Por tudo isso, fica claro a necessidade do atendimento integral, entendendo o usuário como um ser indivisível, e dessa forma, completo em suas diferentes dimensões.

Podemos concluir que a integralidade precisa ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional de saúde. Equipe essa que precisa estar aberta ao diálogo, não somente entre si, mas também entre profissional e usuário.

## 1.2 Trabalho em equipe

Segundo o entendimento de Meirelles (1998) o conceito de equipe vai além de se ter claro que este é constituído por um grupo de pessoas que se unem por um objetivo em comum. É grande a complexidade de se trabalhar com grupos de pessoas, já que nesses casos, deve ser levado em consideração também, todas as variáveis que se relacionam com o ser humano, complexo por sua natureza e relações.

Sobre a relação entre os indivíduos, Meirelles (1998, p. 14) afirma:

não podemos ignorar que este indivíduo é um ser único, biopsicossocial e cultural, que apresenta complexidade singular. [...] Assim, as diferenças individuais estarão presentes na forma de pensar, sentir e agir desses indivíduos, e, de certa forma, irão influenciar no estabelecimento e na dinâmica das relações interpessoais no grupo.

Muchielli (1980, *apud* Meirelles 1998, p. 9), define equipe de trabalho como:

grupo no qual os membros são interdependentes no cumprimento de um objetivo comum e percebem essa interdependência. O tamanho da equipe varia de dois a dez membros. Sua motivação é comum: há interações, uma estrutura e uma configuração de papéis complementares.

É importante ainda o conceito dessa mesma autora sobre espírito de equipe:

Mentalidade característica de um grupo de trabalho ou de esporte, solidário e orientado no sentido da eficácia; essa mentalidade consiste para cada membro da equipe em se identificar com ela, em sacrificar com ela, em sacrificar seu jogo pessoal ou seus interesses egocêntricos pelo sucesso da equipe, em adotar atitudes de ajuda mútua e de vocação ao grupo. Daí decorre que o espírito de equipe é, em cada membro da equipe, um centro de difusão de valores, uma exigência moral de lealdade e de abnegação” (Muchielli *apud* Meirelles 1988, p. 9).

Muchielli (1998 *apud* Meirelles, 1998) define ainda sete características de uma equipe:

pequeno número de membros; qualidade do vínculo interpessoal; engajamento pessoal; unidade particular; intencionalidade comum dirigida para um objetivo coletivo aceito e desejado; obrigações e organização.

Essas características indicam que uma equipe necessita de vínculos vivos, ou seja, consciência de pertencimento ao grupo, indica ainda que este grupo é uma totalidade, sendo que cada um trás, além de suas competências e conhecimentos, também a sua pessoa.

O pertencimento de equipe é entendido por Muchielli (1998 *apud* Meirelles, 1998) como “um conjunto de atitudes e sentimentos que se exprimem através do desejo de participar do trabalho de equipe e colaborar com ele com lealdade com relação aos outros membros, na semelhança dos níveis de aspiração, pela defesa da equipe e seus participantes [...]”.

Conclui-se que não pode haver trabalho de equipe se não houver a consciência do processo de vivência grupal e o engajamento pessoal de cada um. Além disso, é fundamental a co-responsabilidade, solidariedade e confiança recíproca, também é necessário ter claro os objetivos e motivação para que todos os membros participem efetivamente na realização das tarefas.

### **1.3 Interdisciplinaridade: historicidade do termo**

O tema interdisciplinaridade tem seu aparecimento datado em meados do século XX, no entanto, a preocupação com a integração dos saberes vem desde a pré-história, como tentativa de construção de técnicas que pudessem auxiliar no atendimento das necessidades humanas.

Antes do advento da ciência moderna, a sociedade pré-histórica encontrava nos mitos um sentido universal para todas as coisas. Com o nascimento da matemática e da astronomia, por exemplo, essas tradições míticas são substituídas por sínteses racionais, no entanto, não perdem o caráter da visão global de universo, cujos aspectos em sua totalidade são interdependentes. Portanto, até o Renascimento, o homem, o mundo e Deus formavam uma aliança em um sistema de representações e valores, garantindo um equilíbrio entre a história individual e coletiva.

A partir da ciência moderna os indivíduos passam a não mais pertencer a si mesmos, nem constituem unidades coerentes, pois a partir desse momento, a ciência dissociou o homem, as disciplinas e todas as perspectivas da vida passíveis de serem estudados, com o intuito de estudar separadamente cada um dessas particularidades. Assim, a ciência:

Estudará sucessivamente o homem enquanto consumidor de alimento, enquanto cidadão chamado a manifestar escolhas políticas, enquanto susceptível de contrair diversas doenças, enquanto capaz de se reproduzir, enquanto trabalhador dessa ou daquela categoria [...]. Cada uma dessas análises, [...] fornece aos especialistas certo número de verdades cifradas, capazes de suscitar altíssimas satisfações aos conhecedores. Só que tais verdades, desligadas de toda referência à figura humana,

são verdades que enlouqueceram. Devemos considerar alienada e alienante toda ciência que se contenta em dissociar e em desintegrar seu objeto. (JAPIASSU, 1976, p. 20).

Follari (1995) indica que nos anos setenta, a interdisciplina teria surgido como reação do capitalismo diante de seus próprios problemas em se legitimar. Os estudantes universitários tornavam-se um problema por suas posições anticapitalistas, sendo que, foi necessário que se desse certo espaço a essas demandas estudantis. Foi a partir desses espaços, que se deram certas modificações no âmbito acadêmico, sendo que, a interdisciplina era um dos elementos que deveriam ser levados em conta na estratégia traçada.

Segundo Follari (1995, p. 130 e 131):

O interdisciplinar serviu naquele momento como campo de relegitimação do discurso cientifizante/tecnocrático, então em decadência. Pode-se demonstrar que a ciência ainda trazia solução para os problemas sociais que os estudantes achavam que tinham que enfrentar prioritariamente por via da ação política. E o sistema científico/universitário do capitalismo – no primeiro momento o avançado e depois também o periférico – pode exibir alguma nova conquista face à crítica a que submetiam os estudantes: havia-se chegado a uma modernização saudável, a um avanço em direção a fronteiras transponíveis, a uma necessária atualização.

Fazenda (1995) faz uma releitura dos estudiosos que abordaram as questões da interdisciplinaridade nas três últimas décadas. A autora indica que em 1970 se desenvolvia uma procura pela definição do termo “interdisciplinaridade”; em 1980 havia uma tentativa de tentar explicitar um método para a interdisciplinaridade e em 1990 caminhava-se para a construção de uma teoria da interdisciplinaridade.

Segundo a referida autora, na década de 1970 foi estruturado um conceito básico do tema, a preocupação principal era a explicitação terminológica. Essa conceituação do tema fazia-se em virtude da dificuldade de se pronunciar e, principalmente, de decifrar a interdisciplinaridade.

O tema aparece, como já foi explicitado através de Follari (1995) como oposição ao conhecimento que privilegiava o capitalismo epistemológico, era também uma forma de oposição à alienação da Academia. A categoria que mobilizava as discussões sobre interdisciplinaridade era a noção de totalidade. Fazia-se um questionamento à excessiva especialização, que incitava a um olhar único, restrito e limitado.

Sobre a década de 1970, Fazenda (1995, p. 24) conclui:

[...] que o exercício de elaboração conceitual vivido na década de 1970, muito nos ajudou a estabelecer as finalidades, as destinações e os porquês dos projetos interdisciplinares. Através dessa explicitação foi possível orientarmo-nos sobre o que nos interessava investigar, do que podemos ou precisamos nos ocupar e até onde nos é possível caminhar. Hoje mais do que ontem consideramos o aspecto

conceitual como fundamental na proposição de qualquer projeto autenticamente interdisciplinar.

Já sobre a década de 1980, Fazenda (1995) explica que o caminho seguiu na tentativa de explicitar o teórico, o abstrato, a partir do prático, do real. A autora cita o documento “Interdisciplinaridade e ciências humanas produzido por Gusdorf (1983, et al), como um dos mais importantes nessa década. O documento fala sobre encontro, cooperação e influência entre as disciplinas. Este trabalho apresentou conclusões importante sobre a interdisciplinaridade, segundo Fazenda (2005, p. 28 e 29):

- A atitude interdisciplinar não seria apenas resultado de uma simples síntese, mas de sínteses imaginativas e audazes.
- Interdisciplinaridade não é categoria de conhecimento, mas de ação.
- A interdisciplinaridade nos conduz a um exercício de conhecimento: o perguntar e o duvidar.
- Entre as disciplinas e a interdisciplinaridade existe uma diferença de categoria.
- Interdisciplinaridade é a arte do tecido que nunca deixa ocorrer o divórcio entre seus elementos, entretanto, de um tecido bem traçado e flexível.
- A interdisciplinaridade se desenvolve a partir do desenvolvimento das próprias disciplinas.

#### 1.4 Diferenciação dos conceitos

Japiassu (1992 *apud* Meirelles 1998, p. 17) fala da necessidade da interação das disciplinas, conceitos relacionados à interdisciplinaridade e até de uma interação metodológica para o efetivo trabalho interdisciplinar. Ele apresenta a seguinte gradação:

- Disciplina: conjunto específico de conhecimentos que tem suas características próprias no plano do ensino, da formação, dos mecanismos, dos métodos e dos materiais; trata-se do monodisciplinar;
- Multidisciplinar: justaposição de duas ou mais disciplinas, com objetivos múltiplos, sem relação entre elas e sem nenhuma coordenação;
- Pluridisciplinar: conjunto de duas ou mais disciplinas, com objetivos múltiplos, com relação entre si, com certa cooperação, mas sem coordenação dessas relações;
- Interdisciplinar: interação entre duas ou mais disciplinas, podendo ir da simples comunicação de idéias até a integração mútua dos conceitos, da epistemologia, da terminologia, da metodologia, dos procedimentos, dos dados e da organização da pesquisa. É imprescindível a complementaridade dos métodos, dos conceitos, das estruturas e dos axiomas sobre os quais se fundam as diversas práticas científicas. O objetivo utópico é a unidade do saber, meta ideal de todo saber que pretenda corresponder às exigências do progresso humano.

Podemos ainda pensar no conceito de transdisciplinaridade, que, no entendimento de Vasconcelos (1997, p. 140): “é a coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do campo,



sobre a base de uma axiomática geral compartilhada; criação de campo com autonomia teórica, disciplinar ou operativas próprias”. Ou seja, significa que além das disciplinas colaborarem entre si, existe um pensamento organizador que ultrapassa as próprias disciplinas.

Trabalhando mais particularmente a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade, que são os conceitos mais apropriados para a discussão, entende-se que a multidisciplinaridade é composta por uma diversidade de disciplinas trabalhadas simultaneamente, cada uma contribuiria com seu conhecimento próprio, sem, no entanto, existir relação entre elas. Neste âmbito não está incluído um trabalho de equipe que seja coordenado.

Segundo Eulália e Munhoz (1996, p. 167):

São os sujeitos singulares que podem fazer com que a relação entre as diferentes profissões ultrapasse o terreno da simples vizinhança pacífica – expressas, essa simples vizinhança e essa tolerância, pela multidisciplinaridade, que em geral não ultrapassa o plano do solipsismo – para ascender ao plano do “inter”, que supõe mais do que o ladear, implicando troca, reciprocidade, conhecer o outro profissional e a outra profissão na sua alteridade para trocas e complementações.

Trazendo o entendimento de Japiassu (1976, p. 74) sobre o campo da interdisciplinaridade:

O espaço do interdisciplinar, quer dizer, seu verdadeiro horizonte epistemológico, não pode ser outro senão o campo unitário do conhecimento. Jamais esse espaço poderá ser constituído pela simples adição de todas as especialidades nem tampouco por uma síntese de ordem filosófica dos saberes especializados. O fundamento do espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares.

Portanto, o interdisciplinar requer entender e conhecer o outro profissional, requer “que o profissional transcenda sua própria especialidade, reconhecendo os seus limites, e tomando para si, contribuições de outras disciplinas” (Silveira, 1986, p. 25). Deve ser, baseado no entendimento de Vasconcelos (1997), uma relação recíproca, que enriquece todas as partes e que tendencie para à horizontalização das relações de poder entre os campos que compõem a equipe. Portanto, a interdisciplinaridade propõe um confronto e uma aproximação, integrando os múltiplos conhecimentos para um mesmo fim, pressupondo que este, só pode acontecer se for exercido no âmbito da totalidade.

A interdisciplinaridade é caracterizada pela intensa troca entre os especialistas e pela integração das disciplinas num mesmo projeto. É preciso que aja uma relação de reciprocidade, de mutualidade, ou seja, nas palavras de Fazenda (1995, p. 31):

um regime de co-propriedade, de interação, que irá possibilitar o diálogo entre os

interessados, dependendo basicamente de uma atitude cuja tônica primeira será o estabelecimento de uma intersubjetividade. A interdisciplinaridade depende então, basicamente, de uma mudança de atitude perante o problema do conhecimento, da substituição de uma concepção fragmentária pela unitária do ser humano.

A perspectiva interdisciplinar não pretende uma eliminação das diferenças. O interdisciplinar requer conviver com a diferença, fazendo com que as disciplinas se recontrem e se complementem. Assim, em equipes interdisciplinares os profissionais devem buscar contribuir com os conhecimentos técnico-científicos de sua disciplina.

### **1.5 Entendimentos acerca de interdisciplinaridade**

Alguns autores percebem que é preciso evitar a desintegração do saber, através de uma dinâmica de não-especialização, ou seja, na busca de uma ação interdisciplinar. Autores como Sampaio, (et al, In Sá, 1989) entendem que o termo exige ainda que especialistas ultrapassem seus limites e estejam abertos às contribuições de outras disciplinas. Ou seja, a interdisciplinaridade supõe uma substituição fragmentária pela unitária do ser humano. Ou seja:

O conhecimento interdisciplinar deve ser uma lógica de descoberta, uma abertura recíproca, uma comunicação entre os domínios do Saber; deveria ser uma atitude, que levaria o perito a reconhecer os limites de seu saber para receber contribuições de outras disciplinas. Toda Ciência seria complementada por outra e a separação entre as Ciências seria substituída por objetivos mútuos. Cada disciplina dá sua contribuição, preservando a integridade de seus métodos e conceitos. (In Sá, 1989, p.83)

Meirelles (1998) destaca que precisamos considerar a interdisciplinaridade além da simples idéia de comunicação, é necessário que essa comunicação, gere uma integração mútua dos conceitos entre as disciplinas, constituindo assim, a busca de um novo conhecimento ou buscando a resolução de um problema concreto.

Essa mesma autora considera a interdisciplinaridade como:

uma inter-relação e interação das disciplinas a fim de atingir um objetivo comum. Há uma unificação conceitual, dos métodos e estruturas, sendo que as potencialidades das disciplinas são exploradas e ampliadas. [...] Na interdisciplinaridade, teremos a busca do diálogo com outras formas de conhecimento e com outras metodologias, deixando-nos interpenetrar por elas. (MEIRELLES, 1998, p. 20)

Faure (1992 *apud* Meirelles 1998, p. 20) define a interdisciplinaridade “como a construção de um sistema conceitual unificado que resulta da integração total dos sistemas disciplinares”.

Para se alcançar um trabalho de equipe interdisciplinar para Meirelles (1998, p. 21):

há necessidade da busca de uma atitude interdisciplinar, com envolvimento e engajamento de todo grupo que deve estar aberto às trocas e ao novo, assim como deve questionar o já adquirido ou já aceito. Cada indivíduo deve perceber-se interdisciplinar, envolvido com o problema e disposto a discuti-lo, a compreendê-lo e a conhecê-lo. Deve estabelecer parcerias. Deve ter capacidade de falar e ouvir, numa atitude dialógica com seus pares e consigo mesmo. Deve exercer a interdisciplinaridade, vivê-la, em constante troca de experiências e vivências.

Japiassu (1976) aponta o perigo da especialidade excessiva, o autor vê o especialista como “aquele que possui um conhecimento cada vez mais extenso relativo a um domínio cada vez mais restrito”. Ou seja, o especialista corre o risco de ficar isolado, dono de um conhecimento que quando não é compartilhado, discutido e analisado sobre diferentes olhares perde parte de seu valor.

Por isso mesmo, o saber só pode exercer-se interdisciplinarmente. Para Severino (1995) ser interdisciplinar para o saber é:

uma exigência intrínseca, não uma circunstância aleatória. Com efeito, pode-se constatar que a prática interdisciplinar do saber é a face subjetiva da coletividade política dos sujeitos. Em todas as esferas de sua prática, os homens atuam como sujeitos coletivos. Por isso mesmo, o saber, enquanto expressão da prática simbolizadora dos homens, só será autenticamente humano e autenticamente saber, quando se der interdisciplinarmente. Ainda que mediado pela ação individual e dispersa dos indivíduos, o conhecimento só tem seu pleno sentido quando inserido nesse tecido mais amplo do cultural” (In Jantsch e Bianchetti 1995, p. 172)

Isso não significa que deve ser construída uma super ciência que seja única e homogênea. As diversidades das disciplinas continuam válidas como perspectivas de abordagem dos diferentes aspectos do real. O objetivo da interdisciplinaridade não é acabar com as diferenças, mas sim conviver com elas, entendendo e contribuindo com as diferentes perspectivas que convivem entre si, com objetivo de que estas se complementem.

Japiassu (1976, p. 15) defende que:

Chegou o momento de uma nova epistemologia, que não seria mais somente uma reflexão sobre cada ciência em particular, separada do resto, e comprazendo-se com uma deleitação morosa sobre seu próprio discurso. Invertendo a marcha do pensamento, os sábios de nossa época devem renunciar a se confinarem em sua especialidade, para procurarem em comum, a restauração das significações humanas do conhecimento.

Assim, o profissional deve transcender a sua própria especialidade, tomar consciência dos seus limites enquanto profissão desligada da totalidade para poder receber a contribuição das diferentes disciplinas.

Japiassu (1976) entende a interdisciplinaridade como um remédio para a patologia geral do saber, “é instrumento e expressão de uma crítica interna do saber” (Japiassu, 1976, p. 57). Seria ainda, um meio de superar o isolamento das disciplinas e o entendimento de que cada disciplina é independente dos demais domínios da atividade humana. Assim, pesquisadores envolvidos com o mesmo tema, a partir de sua linha de especialidade, reuniriam e integrariam essas especialidades em prol de um conhecimento mais amplo para a resolução de um mesmo problema.

Fazenda (1979) considera interdisciplinaridade uma atitude que deve ser assumida tendo a objetivação de alteração de hábitos já estabelecidos na compreensão do conhecimento. A autora afirma ainda que o termo não possui um sentido estável e único. Aborda o termo como um neologismo cujo significado não é sempre o mesmo e nem é compreendido igualmente. Ainda nessa obra, Fazenda analisa que a interdisciplinaridade supõe uma postura única diante dos fatos analisados, mas sem a pretensão de impor-se, desprezando as particularidades. A pretensão da interdisciplinaridade não é anular as contribuições de cada disciplina, mas caminha no sentido de impedir a supremacia de determinada ciência.

Para Fazenda (1979, p. 32) o conhecimento interdisciplinar “deve ser uma lógica da descoberta, uma abertura recíproca, uma comunicação entre os domínios do saber, uma fecundação mútua e não um formalismo que neutraliza todas as significações, fechando todas as possibilidades”.

Fazenda (1993) insiste que não existe um conceito único para interdisciplinaridade, que cada enfoque depende da linha teórica de quem pretende defini-la. Mas, a autora indica que seu princípio é sempre o mesmo, ou seja: “caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pela integração das disciplinas num mesmo projeto de pesquisa”. (Fazenda, 1993, p. 31).

Segunda Fazenda (1993) é necessário em um projeto interdisciplinar, que se compreenda e se respeite o modo peculiar de cada um, o caminho que cada um empreendeu na busca de sua identidade como profissional. Mas, que somente no ponto de confluência e não na justaposição, das identidades, que pode ser captada a dimensão do interdisciplinar. Tudo isso, pressupõe a identidade com o interdisciplinar, ou seja, “perceber-se interdisciplinar” (Fazenda, 1993, p. 68).

A autora faz considerações sobre o que pode ser considerado interdisciplinar:

- Como meio de conseguir uma melhor formação geral, pois somente um enfoque interdisciplinar pode possibilitar certa identificação entre o vivido e o estudado, desde que o vivido resulte da inter-relação de múltiplas e variadas experiências;
- Como meio de atingir uma formação profissional, já que permite a abertura a novos campos do conhecimento e a novas descobertas;
- Como incentivo à formação de pesquisadores e pesquisas, pois o sentido das investigações interdisciplinares é reconstituir a unidade dos objetos que a fragmentação dos métodos separou e, com isso, permitir a análise das situações globais, dos limites de seu próprio sistema conceitual e o diálogo entre as disciplinas;

- Como condição para uma educação permanente, posto que através da intersubjetividade, característica essencial da interdisciplinaridade, será possível a troca contínua de experiências;
- Como forma de compreender e modificar o mundo, pois sendo o homem agente e paciente da realidade do mundo, torna-se necessário um conhecimento efetivo dessa realidade em seus múltiplos aspectos;
- Como superação da dicotomia ensino-pesquisa, pois, nesse novo enfoque pedagógico, a pesquisa se constitui na única forma possível de aprendizagem. (FAZENDA, 1993, p. 32)

Ainda nessa autora, encontramos a análise de que o pensar interdisciplinar deve proporcionar, não só o diálogo com as outras formas do conhecimento, mas também deixar-se interpenetrar por elas. Um projeto interdisciplinar, para Fazenda (1991) não pode orientar-se apenas para o produzir, mas deve surgir espontaneamente, como meio de discussão acerca de um problema comum a todos os envolvidos. A autora enfatiza, “no projeto interdisciplinar não se ensina, nem se aprende: vive-se, exerce-se.” (Fazenda, 1991, p. 17).

Acerca de sua experiência com equipe que praticava o diálogo, Dias (apud Fazenda, 1991, p. 41) defende ser essa ferramenta:

[...] essencial em todo processo, momento em que o eu individual e o eu coletivo se ajudam mutuamente, confiavam-se, já que o individual aprendia com o coletivo e se apercebia de que precisava aprender com o outro, pois, sem o outro, a sua verdade é fragmentada. Só com o outro é que a sua verdade, a partir da soma de outras verdades também fragmentadas, comporá a realidade. Tal realidade, em formação e transformação constantes, não se comporia de forma viva, se não pudesse lançar mão de uma informação que passa pelo crivo crítico do grupo. Se essa informação for acrítica, ao invés de compor a realidade, deforma-a, pois a imagem que fazemos do mundo que nos rodeia advém de uma interpretação que se embasa em informações recebidas, sistematizadas ou não.

Fazenda (1996) discorre sobre o entendimento da parceria como fundamento para uma proposta interdisciplinar. Essa pode ser entendida como uma tentativa de motivar o diálogo com as outras formas do conhecimento com que trabalhamos, e assim, possibilitar a interpretação destas.

A parceria seria a possibilidade de que o pensar de uma disciplina se complemente no outro. A autora complementa: “o sentido de um trabalho interdisciplinar estaria na compreensão e na intencionalidade da efetivação de novas e melhores parcerias” (Fazenda, In Alonso et al, 1996, p. 13)

No entendimento de Ferreira (In Fazenda, 1991, p. 20) ser interdisciplinar é:

Saber que o universo é um todo, que dele fazemos parte como fazem parte do oceano as suas ondas. Num momento a própria substância oceânica se encrespa, se agita, toma forma e se dilui sem jamais ter-se do seu todo separado ou ter deixado de ser o que sempre foi.

Ferreira (In Fazenda, 1991) concorda que a interdisciplinaridade não possui uma definição estanque, mas entende que é preciso compreendê-la para que não ajam desvios na sua prática. Para essa autora existem eixos básicos norteadores da idéia de interdisciplinaridade, são eles: “a intenção, a humildade, a totalidade, o respeito pelo outro etc.” (Ferreira In Fazenda 1991, p. 34). A autora enfatiza ainda que através da prática interdisciplinar aprende-se que um fato nunca é isolado, pelo contrário, é consequência da relação de muitos outros.

Bochniak (In Fazenda, 1991) compreende o trabalho interdisciplinar como aquele que está disposto a enfrentar o desafio de superar visões fragmentadas entre as disciplinas e de romper barreiras entre teoria e prática. Ainda, como o trabalho preocupado com uma formação de visão da totalidade do homem, disposto a fazer no cotidiano de suas ações profissionais, com que esse conhecimento se transforme em mais conhecimento.

No capítulo VIII do livro “Interdisciplinaridade: abordagens práticas”, Krasner, Canterji e Eicchler (In Célia e Balestrin, 2003) abordam a interdisciplinaridade como um processo que deve ocorrer de forma criativa, em parceria, com comunicação permanente, num âmbito de cooperação mútua em busca de um objetivo comum.

Para Brondani (2000, *apud* Krasner et all 2003, p. 159 e 160), a interdisciplinaridade é:

um intercâmbio mútuo e contínuo de profissionais nos aspectos teóricos e práticos como uma interação recíproca, capaz de romper com as estruturas vigentes, criada pelo desejo e necessidade dos próprios profissionais. Baseado nos fundamentos de cada área, o profissional busca uma ampliação dos conceitos inerentes a sua profissão, sem perder a sua identidade, as suas características, conhecendo os seus limites, possibilitando assim, interagir, trocar, dialogar, construir um novo caminho de atuação das várias áreas do saber.

Dessa forma, não existe um manual que ensine como desenvolver e aplicar a interdisciplinaridade. Ela perpassa todos os elementos do conhecimento e pressupõe a integração entre eles, criando espaços para a sua construção no processo do fazer dos profissionais. É um movimento ininterrupto, que cria e recria pontos para a discussão. Segundo Ferreira (In Fazenda 1991, p. 34): “o que caracteriza essa prática é o sentimento intencional que ela carrega. Não há interdisciplinaridade sem intenção consciente, clara e objetiva por parte daqueles que a praticam”.

Segundo Marques e Ramalho (In Sá, 1989, p. 68) a ação que perpassa a perspectiva interdisciplinar deveria ser:

Proporcionar a cada profissional, enquanto pessoa, questionar, opinar, discutir, atuar com relação a determinada ação. Assim o profissional não buscará limitar seu espaço de ação fragmentando a questão, numa atitude de exclusividade, mas o ampliará numa perspectiva conjunta, visualizando a totalidade da questão e, principalmente chegando à economia de ação.

Finalmente, podemos reforçar os entendimentos dos autores abordados. Interdisciplinaridade não possui uma definição única e fechada. É uma construção, desenvolvida no dia-a-dia dos profissionais envolvidos com práticas interdisciplinares. É uma busca de ultrapassagem da especialização e de abertura para outras formas do conhecimento.

O desenvolvimento da interdisciplinaridade deve levar a uma comunicação, que gere a integração entre as diferentes áreas do saber, onde cada um contribuiria com os seus conhecimentos, mas também estaria ciente de suas limitações e aberto ao diálogo com outras disciplinas envolvidas no processo.

Os sujeitos devem estar envolvidos com o objetivo do trabalho, sentirem-se interdisciplinares e dispostos a conhecer, discutir e compreender o problema em conjunto, em parceria, numa atitude que pretenda chegar à totalidade das ações a serem executadas.

Fica entendido que uma atitude interdisciplinar se identifica na ousadia da busca e da transformação, e tem como pressupostos o pensar, o questionar e o construir.

Assim, a interdisciplinaridade pode ser compreendida como troca e reciprocidade entre as disciplinas, mais do que isso, interdisciplinaridade é uma atitude, uma externalização das visões de mundo dos que trabalham com ela.

## 2. Caracterização do campo de estágio e das ações do Serviço Social

Neste capítulo, será explanado sobre o campo de estágio na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do Hospital Universitário, situaremos o contexto institucional, as ações do Serviço Social no âmbito hospitalar e, principalmente, na UIP e faremos uma explicação sobre a trajetória do Serviço Social na Saúde e uma breve reflexão sobre as ações dos assistentes sociais na Saúde.

### 2.1 Hospital Universitário – HU<sup>3</sup>

Antes de apresentarmos o Hospital Universitário de Florianópolis, faremos uma explicação sobre a instituição “hospital”.<sup>4</sup>

O hospital, desde o seu surgimento, a partir do século IV, ocupa um lugar de grande importância no meio social. Em princípio, foi um lugar de asilo para os pobres, onde se exercia a caridade, era quase sempre erguido perto de igrejas, tendo nessa um dos seus maiores patrocinadores.

A transformação dessas instituições religiosas para instituições públicas tem início nos séculos XII e XIII, quando começam a ser prestados serviços de Assistência Social não geridos pela Igreja. Segundo Cerqueira (1996, p. 31): “esta conversão foi favorecida pelo surgimento de uma burguesia urbana dedicada à pequena indústria, ao artesanato e às atividades mercantis que revigoravam as cidades, favorecendo a construção de novos hospitais”.

A questão financeira é um dos primeiros reflexos da transferência dos cuidados com a saúde do clero para a iniciativa privada. Ficou a cargo do clero apenas a responsabilidade de levar conforto espiritual para os doentes.

Sobre o hospital contemporâneo Ribeiro (*apud* Cerqueira, 1996, p. 32) define o hospital como sendo “uma instituição destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam de assistência médica diária e cuidados constantes de enfermagem”.

Além da complexidade referente à sofisticação tecnológica que o seu funcionamento exige e supõe, há também a peculiaridade dessa organização, cujos trabalhadores precisam conviver diretamente com problemas e dificuldades de outras pessoas, como sofrimento, dor e morte.

Para amenizar todas as dificuldades do setor de saúde, como o gerenciamento dos hospitais

---

<sup>3</sup> As informações contidas neste capítulo foram retiradas do site do Hospital Universitário, da cartilha sobre “Atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina”, do Plano de Estágio e do Relatório Parcial de Estágio elaborado pela acadêmica durante o período de realização do Estágio obrigatório I, para a disciplina de Supervisão de Estágio.

<sup>4</sup> A referida apresentação está baseada na análise da dissertação de mestrado em administração, tem como título “Estudo da função extensionista e a assistencial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina na percepção da atual direção”, autor Sebastião Ailton da Rosa Cerqueira, 1996.



públicos e as deficiências em termos de recursos humanos e econômicos, surgem os hospitais universitários, sendo que esses têm como uma de suas finalidades preparar alunos de diferentes áreas para a prática da Assistência à Saúde.

Segundo Cerqueira (1996, p. 36):

Os hospitais universitários constituem macrossistemas de atenção médica, que compreendem diversas partes (as clínicas como microssistemas) e que necessitam de outros subsistemas interdependentes, subsistemas estes ligados às áreas das ciências humanas, da tecnologia e das disciplinas que integram a ciência das demais profissões que constituem esta atividade assistencial voltada à saúde. Observa-se então, que esta integração se opera num hospital inserido em um contexto educacional, no caso a Universidade.

Sobre o Hospital Universitário de Santa Catarina, segundo informações disponibilizadas no endereço eletrônico da entidade, o Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago foi inaugurado em 1980, é o único de Santa Catarina totalmente público. Tem esse nome em homenagem a um dos seus maiores idealizadores.

Na década de 1960 começaram as percepções da necessidade de um hospital Universitário em Santa Catarina, já que o ensino médico, ou melhor, as aulas práticas de clínica médica da Faculdade de medicina de Santa Catarina aconteciam nas instalações do Hospital de Caridade, transformando-o em uma Faculdade de Medicina, e exigindo uma quantidade elevada de verbas despendidas pela Universidade através de convênios com as instituições mantenedoras daquele hospital.

As obras do HU iniciaram em 1964, mas o hospital só se tornou realidade em 1980, no governo da ditadura militar de João Baptista Figueiredo, após intensa luta de alunos, professores e comunidade. Inicialmente instalaram-se os leitos de clínica médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a UTI Adulto e finalmente, em 1996, a Maternidade.

O atendimento do HU se dá através de quatro áreas: clínicas médicas, cirúrgicas, pediatria e ginecologia (englobando aqui também a maternidade, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal e realização de aborto legal). O HU ainda é referência estadual no tratamento de doenças complexas, como o câncer e o HIV. Atualmente a maternidade do HU já é reconhecida nacionalmente como Centro de Excelência em assistência obstétrica. Outra característica de destaque do HU é o seu atendimento de emergência, que atende ininterruptamente adultos e crianças em áreas separadas, em números crescentes e que atingem a média de 400 pacientes/dia.

O HU desenvolve também um complexo serviço diagnóstico e terapêutico, conta com um centro de informações toxicológicas, serviços de anatomia patológica, radiologia, cardiologia, endoscopia digestiva alta e baixa, laboratórios de citogenética, setor de nutrição, quimioterapia,

hematologia e outros serviços, como o núcleo de engenharia clínica, a farmácia-hospitalar e semi-hospitalar.

Em 1994, de acordo com Cerqueira (1996), as atividades de ensino/aprendizagem envolviam 837 alunos do curso de graduação e dos estágios curriculares dos cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Nutrição, Serviço Social e Psicologia.

O HU atende nos três níveis de assistência: o básico, o secundário e o terciário. O HU é também referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades.

Cerqueira (1996) com base no Regimento Interno do Hospital aponta que os objetivos organizacionais desta instituição são ensino, pesquisa, extensão e assistência. Sintetiza que há, porém certo distanciamento entre o que está escrito e o que acontece na prática. Segundo seu entendimento, tem-se um hospital com apenas três funções: ensino, pesquisa e assistência. Sendo que a assistência é a que representa maior peso nas atividades do HU, a extensão acaba ficando subentendida como assistência.

O HU consolida-se a cada dia como o maior hospital-escola de Santa Catarina, contribuindo não só com a formação de profissionais da saúde, mas também com a cobertura assistencial que realiza. Sendo assim, recebe verbas tanto do Ministério da Saúde, quanto do Ministério da Educação. Esses recursos acabam sendo utilizados inclusive para Atenção primária, ou seja, segundo Cerqueira (1996) “aquela assistência que deveria ser desempenhada pelas prefeituras através dos postos de saúde”, no entanto, a ineficiência desses acaba sobrecarregando os Hospitais Universitários.

Há realmente uma grande demanda da população que não consegue atendimento nos Centros de Saúde e Unidades Municipais/Estaduais e que vê o HU como referência de atendimento público e gratuito de elevado nível de competência técnica e atendimento humanizado.

Segundo o Plano de Atuação do Serviço Social no HU, atualmente o hospital conta com 274 leitos e sua relevância no sistema de saúde de Santa Catarina se expressa em números. Por ano realiza em média 10 mil atendimentos em consultas ambulatoriais e são feitos cerca de 120 mil atendimentos de emergência e nove mil usuários são internados aproximadamente.

De acordo com o Plano 2012 a missão do HU é: “preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos com ética e responsabilidade social”. (Plano 2012, 2008).

Os valores do HU são:

- 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.

A meta para os próximos anos é: “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 interdisciplinar”. (Plano 2012, 2008)

Atualmente são 10 os programas do HU:

Programa de Gestão Institucional

Programa de Acreditação

Programa de Gestão de Pessoas

Programa de Gestão da Assistência

Programa de Tecnologia da Informação

Programa de Gestão Financeira

Programa de Ciência e Tecnologia

Programa de Comunicação Interna e Marketing

Programa de Gestão de Materiais e Equipamentos

Programa de Desenvolvimento e Implantação da Alta Complexidade e Transplantes.

## **2.2 O Serviço Social na Instituição<sup>5</sup>**

A intervenção do Serviço Social no Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Tiago acontece desde a inauguração do hospital em 1980, as ações desses profissionais estão pautadas no “Plano de Atuação do Serviço Social do HU”, elaborado pelos profissionais com assessoria do Departamento de Serviço Social da UFSC e do CRESS 12ª Região.

---

<sup>5</sup> As informações contidas neste item foram retiradas da cartilha sobre “Atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina”, do Plano de Estágio e do Relatório Parcial de Estágio elaborado pela acadêmica durante o período de realização do Estágio obrigatório I, para a disciplina de Supervisão de Estágio.

A equipe de assistentes sociais busca conhecer a realidade sócio-econômico-cultural das pessoas que são atendidas, refletindo com as mesmas sua situação de saúde relacionada às condições de vida, para a transformação de seu cotidiano. Entendem também que a saúde é resultado do conjunto de condições em que vivem as pessoas, implicando nas condições de moradia, na alimentação, no acesso a transporte, lazer, trabalho e renda, entre outros.

A intervenção do Serviço Social ocorre desde a entrada do paciente no HU para tratamento ambulatorial, emergencial ou internação, identificando aspectos a serem trabalhados e servindo de ponte entre usuários e a instituição.

A importância do Serviço Social no contexto hospitalar se baseia na compreensão de um conceito ampliado de saúde, que deve ser entendido para além da ausência de doença. Neste sentido, o relatório final da 8ª Conferência de Saúde afirma:

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. (RELATÓRIO FINAL 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 12)

O Serviço Social segue as diretrizes políticas do HU (Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão). A ação dos assistentes sociais está alicerçada nos três eixos norteadores para as ações profissionais: processos político-organizativos; processos de planejamento e gestão; processos sócio-assistenciais.

O Serviço Social tem como visão: “atender as demandas sócio-assistenciais ligadas ao processo saúde-doença no atual contexto do SUS, sendo o trabalho do serviço social realizado em uma perspectiva educativa, assistencial e de apoio emocional”. (CRESS, 2007, p. 09).

A formação do Assistente Social não é específica da área da saúde, mas possibilita aos profissionais atuarem, com competência nas diferentes dimensões da questão social, e, como tal, com habilidades de elaborar, implementar, coordenar e executar as políticas sociais, inclusive as de saúde.

O Serviço Social está presente no HU através de três programas:

- Programa de internação, que engloba as clínicas cirúrgicas I e II, clínicas médicas I, II e III, ginecologia, maternidade, pediatria e UTI.
- Programa de atuação do Serviço Social junto a patologias específicas, as quais são: diabetes, insuficiência renal crônica, Alzheimer, Parkinson e obesidade mórbida.

- Programa de ações especiais do Serviço Social, ou seja, são projetos desenvolvidos junto à emergência; ambulatório; Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica (NIPEG); planejamento familiar; assessoria à associação amigos do HU; serviço de hemoterapia; núcleo desenvolver; promoção da saúde das mulheres, gestantes e puérperas; Laboratório de Estudos da Voz e Audição (LEVA); Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT); comissão de atendimento à criança vítima de maus tratos e comissão de humanização.

Segundo o Caderno de Texto no. 7, o Serviço Social do HU, tem como missão:

Desenvolver ações profissionais em Serviço Social, promovendo o protagonismo individual e coletivo no exercício, defesa e ampliação da cidadania. Atuar sobre os valores do projeto ético-político do Assistente Social, realizando ações profissionais de assistência, ensino, extensão e pesquisa em saúde com qualidade, contribuindo para o processo de construção de um espaço interdisciplinar para formação crítica, sólida e com competência.

Dá-se enfoque especial:

- À democratização de informações, através da troca de saberes (popular e profissional);
- Ao incentivo à participação na dinâmica de atendimento do HU, no tratamento e na vida comunitária;
- Ao acesso às informações dos recursos institucionais e comunitários afetos à condição de cidadania (direitos trabalhistas, civis, previdenciários e outros);
- À prestação de serviços, à internação e após a alta (alimentação, transporte, medicação, prótese, alojamento, etc.);
- Ao respeito da tomada de decisões do usuário e ao saber popular. (CRESS, 2007, p. 10).

Objetivos do Serviço Social:

- Atender as demandas sócio-assistenciais dos pacientes do HU;
- Favorecer a integração entre os diversos profissionais que prestam atendimento à clientela, garantindo uma abordagem multidisciplinar as pessoas atendida no HU;
- Desenvolver pesquisas que evidenciem fatores intervenientes no processo saúde-doença;
- Favorecer ao paciente condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade. (CRESS, 2007, p. 11 e 12).

A importância do Serviço Social no contexto hospitalar pode ser visualizada quando são pensadas as situações de doença. Neste momento, pacientes e familiares sofrem modificações no seu cotidiano. Da internação hospitalar são decorrentes: a separação familiar, alteração de papéis e

funções, necessidade de adaptação à realidade hospitalar, expectativas relacionadas ao diagnóstico e tratamento que se intensificam com as internações prolongadas e a ociosidade advinda dessa situação.

Além de toda questão emocional, o paciente apresenta igualmente outras necessidades, para as quais o Serviço Social precisa prestar auxílios concretos (passagens, medicamentos, alojamento para acompanhantes, etc.) buscando estes no contexto institucional e comunitário.

As situações vivenciadas pelos pacientes no seu cotidiano, condições habitacionais inadequadas, sub-emprego, renda familiar insuficiente, analfabetismo, são refletidas pela equipe numa busca conjunta de alternativas junto à rede de proteção social comunitário para possíveis mudanças.

O Serviço Social tem como instrumento de sua prática junto aos pacientes internados a realização do acolhimento dos mesmos na clínica, entendendo que este emerge do encontro entre o profissional e o usuário; e que é uma troca que visa a identificação das necessidades do usuário e a produção de vínculo do mesmo com o serviço de saúde. Nesta troca entre os sujeitos é fundamental a construção de vínculo entre os mesmos, é indispensável também que o usuário seja reconhecido como sujeito que decide e que opina sobre seus desejos.

É sob esta ótica que se efetiva a implantação da humanização do atendimento. Uma relação de assistência humanizada que prioriza a acolhida e dá-se a partir da concepção de ser humano e de saúde/doença em que o trabalho em saúde se baseia.

A partir de interpretação das informações contidas no Caderno nº 7, a intervenção profissional nas Unidades de Internação se materializa no eixo *Processos Sócio-Assistenciais* através da:

- Consulta ao Censo para verificação dos pacientes recém-internados;
- Leitura do prontuário dos pacientes para coleta de dados que irão subsidiar a entrevista do Serviço Social e para verificar recados pertinentes ao Serviço Social;
- Visita aos quartos dos recém-internados para acolhimento e entrevista, visita também aos demais pacientes para dar continuidade ao atendimento iniciado anteriormente, interagindo com os familiares e os pacientes para acompanhar a evolução do tratamento;
- Redação da entrevista realizada, no microcomputador da Unidade para posterior inclusão no prontuário do paciente;
- Anotação no prontuário do paciente, sobre a evolução do paciente; de um resumo das ações, encaminhamentos ou procedimentos realizados;

- Articulação com recursos comunitários (prefeituras, postos de saúde, equipe do programa Saúde da Família, ONG'S) para encaminhar as melhores condições para a alta e o transporte, bem como algum apoio/ajuda à família quando o paciente retornar para o domicílio;
- O Serviço Social conta com o apoio da AAHU – Associação de Voluntários do HU que disponibiliza ajuda financeira ao serviço para compra de cestas básicas, passagens de ônibus, medicamentos, roupas (brechó) e material de higiene; há que se reafirmar que se trata de ajuda emergencial, a instituição não apresenta aporte financeiro para atender todas as demandas;
- Quando for necessário transporte para alta e/ou visitas domiciliares é contatado o Setor de transportes do HU. O transporte de pacientes oriundos do interior é uma responsabilidade do município; também são articuladas as altas junto aos familiares, conhecidos dos pacientes, é priorizada a ambulância para pacientes acamados que necessitem de maca.
- Inclusão diária no microcomputador das informações sobre o trabalho desenvolvido no Programa de Estatística do Serviço Social.

Considerando que o HU é um hospital escola é importante um detalhamento da prática, assim, o Caderno nº 7 apresenta, as ações no âmbito do eixo *Sócio-Assistencial*, desenvolvidas pelos profissionais do HU, subdivididas em quatro grupos:

- Ações Sócio-Educativas: esclarecimento das rotinas hospitalares, acolhimento ao paciente recém internado e seus familiares, esclarecimento acerca do tratamento, questões trabalhistas e previdenciárias, os princípios norteadores do SUS (referência e contra-referência) e a hierarquização do sistema nas três esferas de governo, destacando-se também os atendimentos grupais a familiares, pacientes com patologias específicas (diabéticos, Alzheimer, Parkinson, Renais), sala de espera para pacientes de Terceira Idade, gestantes. Ações voltadas ao Planejamento Familiar e Interrupção do Trânsito Tubário (laqueadura de trompas).
- Ações Sócio-Emergenciais: são realizados em caráter emergencial, atendimento a demanda imediata de usuários e familiares voltadas ao fornecimento de: passes de ônibus em situação de alta, roupas, cestas básicas, medicamentos, auxílio funeral, dentre outros. O serviço conta com apoio financeiro de pequena monta fornecido

pela Direção Geral e recurso fornecido pela AAHU, este destinado especificamente para aquisição de cestas básicas e passagens de ônibus.

- Ações Sócio-Terapêuticas: ocorrem no âmbito da relação profissional-usuário-familiar, em situações de conflito e sofrimento emocional que interferem no processo de saúde-doença.
- Ações periciais: emissão de laudo técnico para a instrução de processo de curatela (idosos e inválidos/pessoas portadoras de deficiência), tutelas, procurações para os familiares decidirem sobre as questões financeiras; para processo judicial de recebimento de medicamento de uso contínuo e de alto custo não disponibilizados pelo SUS, oxigenoterapia, recursos junto aos processos não deferidos pelo INSS, benefício de prestação continuada – BPC, órtese, prótese e aparelhos de locomoção, dentre outros.

Deve ser salientado que o Serviço Social tem base legal para seu trabalho e respalda sua prática em documentos pertinentes à sua especificidade de atuação, tais como:

- ✓ Código de Ética profissional (Resolução CFESS 273/1993);
- ✓ Leis de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/1993);
- ✓ Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/1990 e 8.142/1990);
- ✓ Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/1993);
- ✓ Lei de Regulamentação do Planejamento Familiar (Lei 9.263/1996);
- ✓ Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990);
- ✓ Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003);
- ✓ Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Lei 7.853/1989 e Decreto 3.298/1999);
- ✓ Política Nacional de Assistência Social (Resolução CNAS 145/2004);
- ✓ Política Nacional de Humanização;
- ✓ Regime Geral da Previdência Social (Lei 8.213/1991 e atualizações);
- ✓ Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;
- ✓ Política Nacional de Saúde.

### **2.3 A Unidade de Internação Pediátrica (UIP)**



A Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário conta atualmente com 30 leitos, onde são atendidas crianças de 0 a 14 anos, sua abrangência é estadual. A maioria das famílias atendidas são provenientes de camadas populares, caracterizadas pelas condições precárias de moradia e de acesso à saúde pública. Grande parte dos pais não conseguiram completar o ensino fundamental e trabalham em empregos informais, recebendo remunerações muito baixas.

A equipe técnica básica é formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos (e residentes), psicóloga, nutricionista e assistente social. Cabe ressaltar que todas essas especialidades supervisionam estagiários e doutorandos<sup>6</sup>, dada a dinâmica de um hospital-escola, que visa além dos atendimentos em saúde, a formação profissional dos estudantes vinculados à área de saúde.

Em pesquisa realizada em 2007, através de entrevistas semi-estruturadas realizadas com famílias atendidas na UIP, Villari e Nunes (2007) sistematizaram: 1) Nível sócio-econômico familiar: 43% ganham até 2 (dois) salários mínimos; 19% até 1 (um) salário mínimo; 18% até 3(três) salários mínimos; 15% acima de 5 salários mínimos; 5% até 4 (quatro) salários mínimos. 2) Nível de Escolaridade: 43,79% ensino fundamental incompleto; 20,12% ensino fundamental completo; 15,98% ensino médio incompleto; 12,43% ensino médio completo; 5,92% não alfabetizado; 1,18% 3º grau completo. 3) Estrutura familiar: 48,08% nuclear; 34,62% recomposta; 14,42% monoparental; 2,88% outras. 4) Planejamento familiar: 27,27% nenhum; 23,86% pílula anticoncepcional; 17,05% laqueadura; 17,05% preservativo; 13,64% injeção contraceptiva; 1,14% DIU.

Referente aos pacientes atendidos, em sua maioria, são crianças que sofrem de doenças causadas pela situação sócio-econômica precária. As doenças mais comuns são: bronquite, pneumonia, desnutrição, desidratação, escabiose, verminoses, entre outras. O número de crianças que retornam ao Hospital em pequenos intervalos de tempo não é pequeno, pois essas doenças não dependem somente do seguimento do tratamento médico recomendado, e sim do conjunto de fatores que influenciam na saúde dessa família (condições de moradia, saneamento básico, alimentação, etc.).

A atuação do Serviço Social diante dessas demandas está na concessão de auxílios concretos, na articulação de recursos comunitários (por exemplo, referência e contra-referência com os CS); no atendimento direto ao paciente e à família, incentivando-os à participação no tratamento; no resgate da relação saúde/doença e das condições de vida; e na reivindicação de uma política de assistência eficaz por parte do poder público.

Dentre as atividades desenvolvidas, realiza-se supervisão semanal e reunião de intercâmbio com membros da equipe multiprofissional, para discussão de casos atendidos, pensando nas

---

<sup>6</sup> Nomenclatura utilizada pelos médicos para designar estagiários de medicina.

implicações do tratamento, a fim de troca de informações. Além disso, são realizados diariamente os acolhimentos a novas famílias de crianças internadas, entrevistas com acompanhante de paciente e visitas diárias há pacientes já internados. Nas entrevistas constam também análises realizadas a luz das teorias sociais que alimentam a intervenção profissional do assistente social. Estas são estudadas a cada Supervisão, e posteriormente anexadas ao prontuário da Equipe. A cada nova evolução, encaminhamento, providência de alta, anotamos na Evolução do prontuário para publicizar todas as Ações do Serviço Social.

Na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) os estagiários consultam diariamente o Censo de Internação para verificação dos pacientes recém-internados. Em seguida, realizam acolhimento com os pacientes e seus acompanhantes (geralmente as mães), onde é esclarecida a rotina hospitalar, são dadas orientações para que sejam avisadas a escola e o trabalho do acompanhante sobre a internação. Nesse momento, também são feitos questionamentos sobre a rotina familiar.

Essa abordagem é fundamental para verificarmos se a família possui demandas pertinentes ao Serviço Social. Estas podem ser demandas imediatas (sócio-emergenciais), como por exemplo, provimento de bens materiais, ou seja, kits de higiene, peças de roupa, cesta básica, ligações para familiares; ou, demandas (sócio-assistenciais e educativas) que serão aprofundadas nos atendimentos posteriores, quando ocorrerem as visitas aos leitos dos pacientes já internados e encaminhamentos necessários.

Segundo Santos (2006) (*apud* Chupel e Mito, 2009, p. 12) o acolhimento é definido como:

[...] um processo de intervenção profissional que incorpora as relações humanas. Não se limita ao ato de receber alguém, mas a uma seqüência de atos dentro de um processo de trabalho. Envolve a escuta social qualificada, com a valorização da demanda que procura o serviço oferecido, a identificação da situação problema, no âmbito individual, mas também coletivo.

Após esse primeiro contato, os estagiários realizam entrevistas semi-estruturadas com os acompanhantes, a fim de melhor compreender a realidade vivida pela família, de modo que os encaminhamentos para a rede pública de proteção social possam ser feitos de forma qualificada. A partir dessas informações, são elaborados relatórios com essas informações e análise teórica dos mesmos. Estes, por sua vez, são anexados ao prontuário do paciente.

A participação das estagiárias se dá principalmente, no momento do acolhimento e entrevistas realizadas com os acompanhantes. A partir destes, a equipe interage e dialoga sobre as melhores estratégias de intervenção em cada situação acompanhada.

O assistente social inicia sua aproximação com o usuário recém internado com a coleta de algumas informações prévias através da leitura do prontuário do paciente. Inicialmente o paciente é abordado com questões mais gerais sobre sua história de vida, sua família. Esse momento é

importante, para que o usuário acredite que pode confiar no profissional, e dessa forma, estar disposto a falar sobre o que lhe for perguntado posteriormente.

A entrevista é dirigida para que possam ser colhidos dados referentes a composição da família, sobre as condições de moradia, situação escolar, renda dos trabalhadores. São discutidas também questões quanto ao planejamento familiar, e o acesso da família aos seus direitos.

Sobre o instrumental da entrevista:

A entrevista é o momento em que o acolhimento do Assistente Social se efetiva junto ao paciente recém internado na clínica; ela se constitui em um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. Além da coleta de informações, é também um momento de dinamização do diálogo entre dois sujeitos. (CRESS, 12ª Região, 2007, p. 22)

O objetivo da entrevista é obter conhecimento e compreensão da situação e da realidade vivenciada por cada família e, dessa forma, evidenciar possíveis demandas. Mas, a observação sensível também é um método presente nas atividades realizadas, pois é compreendida como um instrumental que exige do observador muito mais do que olhar, escutar e escrever, pois se deve também interpretar a experiência vivenciada junto ao usuário, captar o mundo da aparência, identificando aspectos ocultos e na essência da situação.

Sobre esse instrumental, Cardoso (2008, p. 24) afirma: “tem a qualidade de nos orientar para o sensível no relacionamento com os usuários”. A autora entende que o nosso objetivo é o de humanizar o atendimento para que o usuário perceba a relação com o profissional, como algo legítimo e socialmente justo. Devemos propiciar ao usuário uma esfera particular, onde ele possa se sentir livre para conversar, onde suas idéias são respeitadas. Inclusive, resguardando o sigilo profissional.

Ao considerarmos o alto índice de reinternações, se evidencia a importância da sistematização dos atendimentos, possibilitando a continuidade do acompanhamento por parte do profissional e/ou estagiário caso a criança volte a internar.

Sobre a sistematização da prática Almeida (2006, p. 5) conceitua:

A sistematização no trabalho do assistente social é antes de tudo uma estratégia que lhe recobra sua dimensão intelectual, posto que põe em marcha uma reflexão teórica, ou seja, revitaliza e atualiza o estatuto teórico da profissão, condição social e institucionalmente reconhecida para a formação de quadros nesta profissão.

Segundo o Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFESS), a intervenção do Assistente Social, na área da saúde, ocorre da seguinte forma:

O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo em todos os níveis dos programas de saúde, tem competência para atuar junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, prestação e/ou recuperação da saúde. O Assistente Social como profissional de saúde tem como competência intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços no setor, quer seja em nível de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde. (CFESS, 1993 p. 03).

O Assistente Social tem o papel de viabilizar o acesso aos serviços sociais, previstos em programas ligados à Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Torna-se um mediador dos serviços sociais via política pública proporcionando o acesso dos usuários aos direitos sociais, no exercício da cidadania.

Considerando que o paciente atendido na UIP constitui-se em crianças e adolescentes, foram desenvolvidos ao longo do estágio encaminhamentos através de relatórios para Centros de Saúde (principalmente Programa Estratégia Saúde da Família e acesso a Programas de Leite especial) e Conselho Tutelar. Quando havia necessidade, foram realizadas orientações acerca de processos judiciais referentes ao acesso de medicamentos excepcionais, pensão alimentícia, leite especial nos municípios em que não existe programa e outras demandas por direitos não efetivados através das instâncias responsáveis.

Outras orientações realizadas são acerca de Benefícios como BPC (Benefício de Prestação Continuada), Auxílio Doença, Auxílio Funeral, Auxílio Natalidade, critérios para Inclusão do Programa Hora de Comer da prefeitura de Florianópolis, Pensão por morte, Programa pró-jovem, Salário Família, Salário Maternidade, Planejamento familiar.

O planejamento familiar é indicado muitas vezes, nas situações de mães adolescentes e mães com mais de dois filhos e mais de 25 anos e que manifestam vontade de realizar laqueadura. Estas últimas são encaminhadas com intuito de que conheçam a realidade de cada método existente e possam ouvir a opinião de um profissional antes de optar pela esterilização. Quando é realmente necessário realizar tal procedimento, o encaminhamento é feito através da consulta. Nas entrevistas realizadas com mães adolescentes buscamos conhecer as motivações da(s) gravidez(es), e as condições de cuidados das crianças. Geralmente identificamos que a gravidez não foi planejada e ainda, que estas mães desconhecem os métodos contraceptivos disponíveis, dessa forma, a importância do planejamento familiar. No entanto, são poucas as mães que realmente comparecem às consultas.

Uma demanda que está sempre presente no atendimento da assistente social e das estagiárias da UIP e que se constitui em grande desafio diz respeito aos locais de trabalho dos pais, que enfrentam dificuldades na aceitação do atestado médico do(a) filho(a) por parte do empregador,

dado que a legislação pertinente não assegura a ausência por esse motivo, somente a justifica. Assim, por vezes, elaboramos encaminhamentos ou realizamos telefonemas de sensibilização ao empregador, demonstrando brevemente a realidade social da família e a necessidade da mãe/pai acompanhar a internação de seu filho. Ressaltamos também que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) preconiza em seu Artigo 12º: “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”.

Para finalizar, compreende-se que o atendimento realizado com os usuários está alicerçado nos três eixos norteadores para as ações profissionais descritos por Miotto (2003) e sistematizados por Lima (2004, *apud* CRESS, 12ª Região, 2007), dispostos na Cartilha de Atuação do Serviço Social do HU, as quais são compreendidas da seguinte forma:

- ✓ **Processo Políticos Organizativos:** correspondem ao conjunto de ações profissionais dentre as quais se destacam as de mobilização e assessoria, visando a participação política e a organização da sociedade civil na perspectiva da garantia e da ampliação dos Direitos na esfera pública e no exercício do controle social.
- ✓ **Processos de Planejamento e Gestão:** correspondem ao conjunto de ações profissionais, desenvolvidas enquanto ocupante de cargos gerenciais e administrativos no âmbito das políticas sociais, das instituições e demais empresas públicas ou privadas, bem como no planejamento e gestão do Serviço social no âmbito de instituições, programas e empresas, e dos seus processos interventivos.
- ✓ **Processos Sócio-assistenciais:** correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas no âmbito da intervenção direta com os usuários, em contextos institucionais a partir de demandas singulares.

## **2.4 Serviço Social na Saúde: trajetória e atuação profissional**

Historicamente a atuação do Serviço Social se deu na abordagem individual, o chamado “Serviço Social de Caso” e no âmbito curativo. A preocupação com a Saúde como questão política só emergiu na categoria na virada da década de 1980 para 1990.

A expansão do Serviço Social em 1945 amplia também a participação desse profissional na saúde. O “novo” conceito de Saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde em 1948 enfocava os aspectos biopsicossociais e determinou a requisição de outros profissionais, dentre eles, o assistente social.

O Serviço Social sofreu transformações no pós-1964, que tiveram rebatimento no trabalho

também na área da saúde. Vai receber:

influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa [...] Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. (MATOS, BRAVO 2009, p. 31)

Na década de 1980 há um movimento significativo na saúde coletiva que ocorre também no Serviço Social com intuito de ampliar o debate teórico e de incorporar temáticas como o Estado e as políticas sociais, fundamentando o debate no marxismo.

Há que se lembrar que a Saúde, assim como a Assistência Social e a Previdência avançam quando se consolidam na concepção de Seguridade Social contida na Constituição de 1988.

Segundo os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2009), foi na área da Saúde que os avanços constitucionais foram mais significativos. O Projeto de Reforma Sanitária compreende o SUS como uma estratégia e tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela Saúde. A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais.

Mas, a política pública de Saúde vem enfrentando relevantes dificuldades para sua efetivação. Dentre elas:

desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. (CFESS, 2009, p. 12)

O projeto de Saúde hegemônico a partir da década de 1990 é o projeto de Saúde voltado para o mercado que tem como tendências: conter os gastos com a racionalização da oferta, descentralização isentando de responsabilidades o poder central, caráter focalizado, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado. O Estado garantiria um mínimo somente aos que não podem pagar pelo atendimento no setor privado.

Essa nova política de Saúde tem impacto também no trabalho dos assistentes sociais, ou seja, “nas suas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com as demais profissões e movimentos sociais” (CFESS, 2009, p. 14).

Segundo Vasconcelos (2002, p. 34) “sem referências teóricas consistentes para ir às raízes desse sistema e empreender uma crítica da crise atual, resulta, para os assistentes sociais, no

enfrentamento dessa realidade, uma prática conservadora, não consciente, não propositiva”.

Esse projeto privatista requisita dos assistentes sociais, entre outras demandas: “seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais” (CFESS, 2009, p.15).

Em contraposição o Projeto de Reforma Sanitária apresenta como demandas: “democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade, trabalho interdisciplinar, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação popular” (CFESS, 2009, p. 15).

Esses dois projetos continuam em disputa e o Serviço Social está inserido nesse cenário. Na década de 1990, ao mesmo tempo em que a profissão é marcada pela tendência da intenção de ruptura, vive-se uma ofensiva conservadora a esse projeto.

Na Saúde, esse embate se expressa claramente, na:

reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica. (CFESS, 2009, p. 15)

A grande bandeira da Saúde deve continuar sendo a implementação do Projeto de Reforma Sanitária, pois este tem relação direta com o projeto profissional do Serviço Social. Conhecer esse projeto e a proposta de um Sistema público de Saúde contida nele, inclusive seus princípios e diretrizes, e ainda os impasses para sua efetivação deve ser uma preocupação de todos os profissionais da Saúde.

Com relação as ações profissionais, Miotto (2006 *apud* CFESS 2009, p. 22) entende que essas se sustentam “no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha das abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas”. Portanto, na ação profissional devem estar contidos os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos construídos pelo Serviço Social.

Lima (2004 *apud* Oliveira 2009) refere que as ações profissionais incidem no campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura, produzindo efeitos reais na vida das pessoas, apesar dos resultados nem sempre se expressarem em coisas materiais.

É fundamental para a ação dos assistentes sociais na Saúde, o entendimento de conceitos como a concepção ampliada de Saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade.

Durante a execução de suas ações profissionais, o assistente social precisa ter clareza da necessidade de transpor o caráter emergencial e burocrático e ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão sobre as condições sócio-históricas a que estão submetidos os usuários e precisa também fortalecer sua participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde.

O CFESS (2009, p. 25 e 26) elencou as principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social, são elas:

- Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários bem como subsidiar a prática dos demais profissionais da saúde;
- Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo seus objetivos profissionais;
- Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
- Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais na perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- Emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na resolução do CFESS nº 557/2009.

Os assistentes sociais têm sido chamados para viabilizar também a política de humanização dos atendimentos. Essa política ganhou legitimidade a partir da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano 2000. Já em 2001 foi criado pelo Ministério Público o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar com o objetivo de promover a cultura de um atendimento humanizado na saúde.

A humanização do SUS, segundo o Ministério da Saúde, envolve a valorização dos



diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; deve fomentar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos e do coletivo; visa estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde; defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde; trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo; compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde.

A luta é por um SUS mais humano, porque é construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade de seus serviços e com a saúde integral para todos.

Para Vasconcelos, na saúde, cabe principalmente aos assistentes sociais:

organizar, aprofundar, ampliar, desenvolver, facilitar os conhecimentos e informações necessários sobre todos os aspectos da história e da conjuntura relativos à saúde e seus determinantes e à participação social e política dos usuários, a partir do conjunto de conhecimentos que a ciência tem produzido sobre a realidade social. (VASCONCELOS, 2002, p. 435)

Para a realização de uma atuação competente e crítica são elencados pelo CFESS (2009, p. 17) algumas necessidades para o profissional de Serviço Social na Saúde, são elas:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- Buscar a necessária atuação em equipe tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados.

Vasconcelos (2009) entende que as possibilidades de reverter as expectativas em relação a um trabalho de qualidade que pode superar a subalternidade e a passividade estão postas. Assim, “a

primeira exigência é a necessidade de colocação dos interesses e necessidades de fundo dos usuários dos serviços no centro não só das preocupações dos assistentes sociais, mas principalmente, de suas ações”. (Vasconcelos, 2009, p. 426).

Fica claro, ainda baseado em Vasconcelos (2009, p. 520 e 521) que os assistentes sociais precisam ter noção de que um trabalho articulado aos interesses e necessidades históricas da classe trabalhadora só serão alcançados tendo como fim:

a meta marxiana de apropriação dos meios de produção pelos próprios produtores, a única forma de se extinguir das relações humanas a exploração do homem pelo homem, tendo como base uma organização social em que a produção esteja voltada para as necessidades dos trabalhadores e não para as do capital. (Vasconcelos, 2009, p. 520 e 521)

Fica assim entendido que um desafio atual para o Serviço Social tem sido responder à dificuldade de articular o fazer profissional com o projeto ético-político profissional e com o projeto de Reforma Sanitária. Basear a atuação profissional nesses dois projetos supõe que o profissional possua uma visão de mundo articulada com o entendimento do conflito de classes, com os reflexos das relações entre capital/trabalho e conseqüentemente, a ação profissional precisa interferir no comportamento do seu usuário em relação ao enfrentamento dos conflitos sociais.

É fundamental que o resultado do trabalho do assistente social responda as necessidades e interesses dos seus usuários, a ação precisa ter uma direção consciente, não subalterna e que critica e resiste à exploração.

### 3. Pesquisa Descritiva

Neste último capítulo será exposto o estudo de caso e a pesquisa realizada na Unidade de Internação pediátrica (UIP) do Hospital Universitário (HU) Polydoro Hernani de São Tiago.

O estudo de caso teve como referências de análise: entrevista, relatórios de atendimentos diários e encaminhamentos realizados pelo Serviço Social da UIP do HU. Foi utilizada a situação de um paciente internado no primeiro semestre de 2010 que necessitou de um atendimento interdisciplinar para a resolução das demandas trazidas pelo paciente e a mãe e a realização dos encaminhamentos.

A pesquisa foi realizada através da abordagem qualitativa, ou seja, através de questionários com questões semi-estruturadas, combinando questões abertas e fechadas. Os profissionais que participaram da pesquisa foram: uma assistente social, uma psicóloga, uma enfermeira e uma médica.

A partir da apresentação do caso faremos uma análise de todo o desenvolvimento e resolução das demandas trazidas e utilizaremos os questionários desenvolvidos com os profissionais para reiterar a importância do atendimento interdisciplinar no processo de recuperação da saúde do paciente internado na UIP do HU.

#### 3.1 Estudo de caso

Primeiramente apresentaremos a situação do paciente, através da entrevista realizada, dos relatórios de atendimentos diários em visita ao leito e dos encaminhamentos para a rede de proteção social. Foram utilizados nomes fictícios para manter a privacidade do usuário e demais profissionais envolvidos e respeitar o sigilo profissional.

##### 3.1.1 Apresentação do caso

**Paciente: José Antônio de Souza, 2 meses**

**Mãe: Laura de Souza, 14 anos**

No primeiro contato com a mãe do paciente foi realizada entrevista com a mesma. Inicialmente, conversamos com a mãe sobre a situação do paciente. Ela relata que o mesmo iniciou com febre e que por isso dia 17/03/2010 procurou o Centro de Saúde (CS) de sua região, sendo que lá, foi orientada a procurar um hospital.

A mãe explicou sobre a situação familiar: na casa em que residem o paciente e sua mãe, ainda residem a avó materna do paciente e seu atual companheiro, e os dois irmãos mais novos da mãe do paciente.

Laura relatou que a gravidez não foi desejada e que o pai do paciente não registrou-o em seu nome e nem paga pensão alimentícia para o mesmo. Ao tentarmos abordar a mãe sobre o direito do paciente em ter em seu registro de nascimento o nome do pai, a importância disso para a construção de sua identidade e também do quanto o valor da pensão poderia influenciar significativamente na situação econômica, a mãe permaneceu calada, não demonstrando interesse em falar sobre o assunto.

Tentamos abordar com a mãe a questão do planejamento familiar, ela relatou que não utilizava e nem utiliza métodos anticoncepcionais. Quando indagada sobre como faria para evitar uma nova gravidez, Laura disse não ter mais relações sexuais. Tentamos fazer-lhe perceber que só porque não estava envolvida com ninguém no momento, isso não aconteceria nunca mais. Assim, ela falou que da próxima vez deveria usar camisinha. Sobre o assunto, reforçamos a importância de tal método, pois além de evitar uma nova gravidez, previne também doenças sexualmente transmissíveis.

A mãe se mostrou bastante confusa quanto aos métodos para se evitar uma gravidez. Demonstrou desconhecimento sobre a importância de consultar um médico ginecologista. Assim, tentamos orientá-la sobre o atendimento que é disponibilizado pelo CS. Conversamos sobre pré-natal e sobre distribuição de medicamentos. No decorrer da conversa, orientamos para que a mãe procurasse cuidar também de sua saúde.

Depois de uma semana de internação o paciente teve alta. Nesse momento, foi acionado o Conselho Tutelar (CT), responsável pelas orientações acerca do fornecimento do leite especial no município em que a família reside.

Dia 09 de abril de 2010 o paciente reinternou devido a gastroenterite e desnutrição. Em contato com a mãe, ela refere que durante os dias que o paciente ficou em casa, esteve bem somente enquanto a mãe ofereceu o leite alfaré que foi fornecido no hospital, como foi disponibilizado apenas uma lata, assim que o leite acabou a mãe passou a dar leite de vaca (pacote). Segundo ela a lata durou apenas cinco dias.

O conselho tutelar fez visita na casa da família. O conselheiro Lucas que está acompanhando o caso relatou que não são boas as condições de moradia e que a higiene da família também é precária. Segundo o conselheiro a mãe foi notificada para comparecer ao conselho. Mas não o fez. O conselheiro refere ainda que o conselho conseguiu através do Posto Central da Palhoça algumas latas de leite NAN para serem oferecidos para o paciente enquanto encaminhavam o procedimento judicial. Mas a mãe não procedeu como lhe foi orientado.

A mãe refere para a assistente social Denise e a estagiária da psicologia Luana em primeiro momento que o conselho não teria feito visita. Em seguida em contato com a estagiária Sabrina de Serviço Social já afirmou que ocorreu a visita e que o conselheiro teria orientado a procurar o Posto Central da Palhoça. A mãe afirma que foi até o Posto no início dessa semana (não soube precisar o dia exato), mas que informaram que a assistente social só atendia na sexta-feira de manhã e que teria que voltar nesse dia e horário.

Como o paciente estava apresentando, segundo a mãe, ânsia de vômito e diarreia, procurou no dia 08/04 o Hospital Regional, onde o paciente foi encaminhado para o HU. Assim, a mãe não teve possibilidade de voltar ao Posto Central dia 09/04, sexta-feira, pois está acompanhando a internação.

A mãe se mostra sem percepção nenhuma da situação de doença do paciente, que chegou ao hospital muito desnutrido. Laura trata todas as situações abordadas sempre rindo e parece não dar relevância às orientações que lhe são dirigidas. Sobre isso, a estagiária de psicologia Luana nos procurou para saber se a situação vivida com ela na sua relação com a mãe do paciente também era percebida nos nossos atendimentos. Luana concordou com o posicionamento da mãe referido anteriormente.

Tentamos utilizar com a mãe exemplos bem práticos para que percebesse a relação de adoecimento do paciente e suas atitudes enquanto cuidadora. Enfatizamos que o leite especial deve ser entendido como um remédio que ele vai precisar usar todos os dias para que não fique doente de novo. Ainda lembramos que é um direito do paciente ter o leite fornecido pelo município e que a mãe precisava lutar para garantir esse direito. Sendo assim, precisava comparecer quando o conselho lhe chamasse, pois são eles que irão orientá-la acerca de todos os procedimentos que vai precisar realizar.

Sugerimos para a mãe que ela telefonasse para casa e avisasse da situação do paciente, pois pelo que foi relatado pela equipe médica, ele precisará de alguns dias de internação para recuperar o peso. Como a mãe não trouxe nenhuma roupa para utilizar durante esse tempo, recomendamos que ela ligasse para casa também para pedir que alguém venha ao hospital para trazer. Queremos com isso, tentar contato com a rede de apoio que a mãe possa ter em seu convívio com a família e a comunidade.

Devido ao fato de nenhum familiar vir ao HU, realizamos contato telefônico dia 12 de abril de 2010 com a avó do paciente (Regina). Ressaltamos com Regina a necessidade do leite especial para o paciente, as dificuldades da mãe em receber e seguir as orientações e a importância do seu papel como mãe e avó nesse momento. Assim, evidenciamos a importância de que possamos juntamente com o setor de psicologia que também está atendendo a situação, conversar com Regina

sobre todas essas situações. Regina optou por vir ao hospital na quinta-feira à tarde, mas isso não ocorreu.

Regina (avó do paciente) entrou em contato com o Serviço Social e repassou outro número para que entrássemos em contato com ela. A avó relatou que não veio ao HU, pois o pai de José já viria. Explicamos novamente que ela como uma das cuidadoras do paciente, precisa ser orientada sob os cuidados com ele. Reforçamos a importância da presença dela e disponibilizamos auxílio-transporte para que ela fizesse o percurso. Assim, Regina afirmou que falaria com seu chefe, e caso ele a dispensasse viria ao HU amanhã de manhã (16/04). No entanto, a avó também não compareceu nessa data.

A partir daí, e do fato de encontrarmos dificuldade de evoluir nos atendimentos com Laura, ficou entendido a necessidade de que fosse começado a trabalhar com Laura a possibilidade de o paciente ser abrigado pelo Conselho Tutelar. Fizemos contato com estagiária de psicologia Luana que se comprometeu em tratar com ela essa questão.

O Serviço Social não se posicionou com o CT a favor do abrigamento, mas este tem sempre colocado esta possibilidade como alternativa, então entendemos que esclarecer a mãe sobre essas possibilidades é fundamental. Laura continua dispersa, não dá atenção às orientações e se mostra muito despreocupada nos momentos em que reforçamos a necessidade dela seguir os encaminhamentos realizados no HU.

A partir do fato de não conseguirmos contato com a mãe de Laura, entendemos a necessidade de entrar em contato com o CT de Palhoça e solicitar uma reunião entre a equipe da Unidade e o referido conselho. Em contato com CT marcamos a reunião para sexta-feira (23/04) de manhã.

No dia 23 de abril de 2010, o Conselho Tutelar veio ao HU para reunião com a equipe. Ficou decidido que o CT faria nova visita à família, para orientar a mãe de Laura e encaminharia a família para o Programa de Apoio Sócio-familiar da Palhoça para que fizessem um atendimento sistemático com a família. O Serviço Social se comprometeu a avisar sobre a alta do paciente. O CT levou a prescrição médica referente ao leite especial.

Durante essa semana (26 à 29/04) foram reforçadas com Laura questões referentes ao processo de recuperação da saúde de José, também sobre os objetivos do CT enquanto garantidor dos direitos da criança e do adolescente e ainda questões referentes à própria saúde de Laura.

Reforçamos com a mãe a necessidade de seguir as orientações, demonstrar interesse pelos cuidados com o paciente e cuidar da própria saúde. Sobre o último, Laura consultou com ginecologista no HU que prescreveu injeção anticoncepcional mensal. Trabalhamos com Laura que ela precisará ficar atenta aos dias da injeção para não perder a data certa da aplicação, ainda que precisará fazer as injeções no CS da sua região e guardar bem a prescrição do médico, porque é com

ela que fará as injeções. Lembramos também que precisa ficar atenta também em relação às Doenças sexualmente transmissíveis e que por isso, além das injeções que evitarão futuras gravidezes, precisa utilizar camisinha em suas relações.

Laura tem se mostrado muito preocupada com a questão do CT, pois ainda acredita que a real intenção deles seria abrigar o paciente, visto que tal fato já aconteceu com a sua mãe e uma de suas irmãs. Tentamos explicar para ela que a necessidade de acionarmos o CT é em virtude do acompanhamento que eles farão sobre o registro do paciente e sobre o processo para obtenção do leite especial; e que ainda, fariam os encaminhamentos necessários para que a família continuasse sendo atendida por outro programa do município que possa fazer um atendimento contínuo.

No dia (29/04) o CT veio ao HU com a mãe de Laura, no intuito de pegar a nova prescrição do leite, que foi mudado e levá-las ao cartório e registrar o paciente. No entanto, nem Regina e nem Laura estavam em poder da certidão de nascimento de Laura, e esta, ainda não possui carteira de identidade. Com isso, registrar o paciente seria impossível. Decidiu-se, juntamente com a Assistente Social Elaine, do plantão do Serviço Social, que acompanhou a situação, que o CT iria ao Hospital Regional, onde o paciente nasceu para verificar se existia lá uma cópia da certidão de Laura, caso não obtivesse sucesso, tentariam procurar a escola que ela estudou para conseguir o documento.

O conselheiro Lucas se mostrou muito ríspido, agressivo e ameaçador. Em todos os momentos deixou claro que tiraria o paciente da mãe, que abrigaria ele e encaminharia para a adoção, assim como já havia acontecido com a avó do paciente. Seu discurso foi bem diferente de quando veio ao HU reunir-se com a equipe discutir o caso, quando estava muito ponderado e demonstrando entender a vulnerabilidade da família.

A Assistente Social Denise elaborou memorando à AAHU, solicitando algumas latas de leite que possam viabilizar a saída de José do HU na próxima semana, já que se encontra em condições de alta, e só não foi ainda por causa do leite, que custa muito caro, (leite alfaré RS 165,00 a lata, necessita 10 latas/mês por 3 meses) e não podemos liberá-lo sem garantir-lhe o mínimo para a saída. O restante é de responsabilidade do Conselho Tutelar, para o qual já enviamos todos os documentos necessários para que obtenham junto ao poder público o que falta.

Em contato com Laura dia 30 de abril esta relatou que não conseguiram realizar o registro de nascimento do paciente. No Hospital Regional não constava nenhuma documentação dela e o conselheiro Lucas não se dispôs a procurar o pai de Laura (que segundo ela teria uma cópia de sua certidão) e nem a escola que ela estudou (conforme indicado pela assistente social Elaine) para verificar se existia lá alguma documentação. Laura disse ainda que foram ao cartório de Barreiros, mas que não havia registro dela lá. Segundo ela, sua mãe não lembra onde ela foi registrada.

O conselheiro Lucas veio novamente ao HU dia 03 de maio de 2010 com a informação do cartório em que Laura foi registrada. Dessa forma, Laura o acompanhou para fazer o registro de nascimento do paciente.

No dia 04 de abril o conselheiro Lucas entrou em contato com o plantão do Serviço Social para informar que a situação do paciente e da mãe foi encaminhado para o CT de São José. Lucas explicou que quem tem a guarda de Laura é o pai, a mãe teria sido destituída do poder familiar. Laura teria fugido da casa do pai em São José e no momento estava morando com a mãe. Mas, segundo ele a mãe e o paciente deveriam estar residindo em São José, por isso o caso teria sido encaminhado para lá.

Em contato com Laura esta afirmou não ter certeza se gostaria de voltar a morar com seu pai. Relatou também que quando esteve na casa dele com o conselheiro, o pai não estava em casa. Diz ainda que tem receio que ele não a aceite de volta em casa, visto que quando morava lá, ela “aprontava muito”. No dia foi acordado com a madrastra que ela conversaria com o pai sobre a situação de Laura.

Em contato com CT de São José, conselheiro Roberto, para quem o caso seria encaminhado, este afirmou não ter conhecimento, ainda, de toda situação. A assistente social Denise explicou que o paciente já estava em condições de alta, sendo que a previsão é que saísse nessa sexta-feira dia 07/05. Explicou ainda que durante a internação foi obtido através do serviço de nutrição do HU e da Associação Amigos do HU (AAHU), leite suficiente para um mês de tratamento. E que o conselho teria que se responsabilizar para reorientar a mãe sobre a obtenção do leite nesse município. Roberto explicou que como não tiveram tempo de se inteirar da situação, provavelmente o paciente teria que ser abrigado, enquanto essas questões fossem solucionadas.

A assistente social Denise propôs inclusive contato do CT com a equipe da UIP para discutirem o caso juntos. Entendemos que o mais apropriado, no momento, não seria separar a mãe do paciente. Pois, a mesma está conseguindo manter um vínculo afetivo mais forte e conseguindo também vislumbrar melhor suas responsabilidades como mãe. O Serviço de psicologia, está realizando trabalho de auto-conhecimento e está conseguindo progressos significativos, inclusive, Laura tem conseguido falar mais sobre sentimentos, coisa que antes parecia impossível.

Dia 07 de maio a Assistente Social Denise realizou novo contato com o Conselho Tutelar de São José. Conselheira Helena mostra indignação com o fato do caso da paciente ter “caído de pára-quedas” no referido conselho. O Serviço Social também ficou preocupado, pois todos os encaminhamentos já tinham sido decididos entre a equipe da Unidade e o CT da Palhoça.

Comunicamos ao CT de São José que o paciente ainda está no HU devido essas providências ainda não estarem todas prontas, pois, já está em condições de alta há bastante tempo.



Garantiremos que o paciente vá de alta com leite para um mês. No referido município também não há programa de leite especial e o caso também precisará ser resolvido via Ministério Público.

O CT de São José conversou com a madrasta de Laura que sugeriu que a mesma passasse por uma clínica de reabilitação para desintoxicação, devido ao uso de crack. Explicitamos para a conselheira que Laura nos informou que não usa mais drogas. Tanto que durante a internação do paciente, Laura passou por exames toxicológicos que não apresentaram uso de nenhuma substância. Também a internação já dura quase um mês e caso fizesse uso de drogas, deveria ter apresentado crises de abstinência.

Entendemos que nesse momento, separar o paciente da mãe, seria um erro. Laura está conseguindo manter um vínculo afetivo mais forte e arcando muito mais com suas responsabilidades. Separá-los poderia ser o primeiro passo para que ela volte a usar drogas, por exemplo.

Laura nos procurou para conversar na sexta-feira dia 07/05 revelando que tinha consultado com ginecologista, pois achava que estava grávida novamente. Acompanhamos Laura no momento de pegar o resultado, que deu negativo.

Percebe-se que Laura já está sentindo que a hora de deixar o hospital está se aproximando. A mesma demonstra em seu comportamento que não deseja ir embora. Em contato com setor de psicologia entendemos que todos os sintomas que Laura vem apresentado, dores e mal-estar podem ser um meio de se manter internada com o paciente.

Durante o atendimento Laura revelou também que realmente foi usuária de crack, mas que no momento não está utilizando. Segundo ela, a última vez que fez uso de crack foi no período que antecedeu a primeira internação do paciente, há aproximadamente dois meses atrás. Laura revelou sua vontade de fazer um tratamento para desintoxicação. Falou ainda que só não queria perder a guarda do filho e que entendia que seria bom se José pudesse ficar na casa do avó com ele e a madrasta, enquanto, ela fazia um tratamento para desintoxicação. Combinamos com Laura que falaríamos com CT para expor essa conversa e pensar nessa alternativa.

A data da alta do paciente foi dia 10 de maio de 2010. CT informou a assistente social Denise que o pai da paciente não teria aceitado ficar com ela e o bebê. Disse que ficaria apenas com Laura, pois era sua obrigação. A conselheira Silvia ficou com o caso de Laura, pois já conhecia a realidade dela quando morava com os pais, sendo que a atendia no Programa Cidade da Criança.

O CT virá para levar Laura e José. As alternativas que sugeriram foi de que ambos ficariam em uma casa-lar, se ela se comprometesse a não usar mais drogas ou de que Laura faria o tratamento para desintoxicação e enquanto isso José ficaria em um abrigo, mas o poder familiar não seria destituído.

Enquanto aguardávamos a vinda da conselheira Sílvia, o Serviço Social e o Serviço de psicologia da pediatria do HU chamaram Laura para expor as alternativas para a alta dela. Lembramos Laura que a decisão sobre os encaminhamentos não eram responsabilidade do HU, mas sim do CT que a estava acompanhando. O Serviço de psicologia se dispôs a atendê-la uma vez por semana durante um tempo, Laura gostou da idéia, pois criou um vínculo muito forte com a estagiária.

Questionamos Laura sobre a realidade dela como usuária de crack. Laura confirmou que utiliza crack desde que fugiu da casa do pai e foi morar com a mãe na Palhoça. Aproximadamente uns dois anos. Confirmou que fazia uso todos os dias e que já havia roubado para poder comprar a pedra. Contou ainda que a última vez que fez uso foi antes da primeira internação. Portanto estava há quase dois meses sem usar crack. Laura disse que acreditava que conseguia ficar sem usar a droga, mesmo sabendo que lá fora a realidade era diferente daquela que ela vivenciou no HU.

Quando indagada sobre qual a melhor alternativa, Laura não soube dizer. Reforçou somente que não queria que o paciente fosse para adoção.

Com a chegada da conselheira Sílvia, Laura se mostrou mais segura e disse que faria o tratamento. Foi assegurado que ela não perderia o poder familiar, mas teria que se comprometer em realizar o tratamento. Laura disse que achava melhor que fosse assim.

A conselheira disse que o CT também entendeu dessa forma, pois na casa-lar onde eles ficariam, a proximidade com pessoas usuárias e com a própria droga seria muito constante. Assim, acreditavam que ela não daria conta de ficar “limpa”, o que poderia ser o fim das tentativas de mantê-la com a guarda do filho.

Foi explicado para Laura que sua mãe tinha sido destituída do poder familiar e que nesse momento, as condições em que ela vivia, não permitiam que Laura voltasse para casa dela. O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do bairro Brejarú da Palhoça avisaria a avó sobre os encaminhamentos. Sobre viver com o pai, foi trazido pela conselheira que a madrasta tem depressão e que na verdade também não queria que Laura voltasse com o bebê, influenciando na decisão do pai. Como acompanhou a família durante um tempo, Sílvia disse que não seria também o ambiente ideal para Laura ficar agora.

Por fim, Laura seria encaminhada para uma Fazenda Terapêutica que atende somente mulheres e José iria para o Centro de Educação e Treinamento (CETE) em São José, que, entre outras atividades, oferece abrigo às crianças que foram retiradas do convívio familiar. Foram fornecidas pela AAHU 10 latas e pelo Serviço de nutrição do HU 4 latas de leite NAN sem lactose que daria para metade do tratamento do paciente. José tem retorno médico marcado para sexta-feira dia 14/05.

Sobre essa situação é importante destacar que na primeira e segunda internação foram realizados relatórios de atendimento para Conselho Tutelar de Palhoça e memorando para AAHU, que estão anexados ao Trabalho.

### 3.1.2 Análise do caso

Foi identificada na família em questão a falta de acesso as informações básicas e necessárias para o desenvolvimento sadio de todos os seus membros. Apesar de toda divulgação existente sobre o assunto, muitas mulheres ainda não estão inteiramente esclarecidas sobre métodos anticoncepcionais, doenças sexualmente transmissíveis e planejamento familiar.

Sobre o assunto, é visível que a divulgação dispensada, por governos, ONGs e a mídia em geral, não consegue atingir as populações que mais precisam. Essa falta de acesso às informações necessárias reflete e atinge toda a família em vários aspectos de sua vida. A mãe em questão engravidou muito cedo. E muito cedo também, deixou a escola. As idas e vindas entre a vivência no abrigo, a casa da mãe e do pai dificultaram a criação de laços de afeto e de cuidado entre Laura e os pais e, no momento, entre Laura e o filho.

Sabemos baseados em Miotto (2005) que no Brasil, a iniciação sexual tem acontecido cada vez mais cedo. Essa situação tem acarretado no aumento de adolescentes grávidas. As discussões sobre o tema são muito frequentes no âmbito da saúde, principalmente no que se refere aos investimentos com a contracepção. Esse cenário:

“tem contribuído para a persistência de uma omissão generalizada das políticas públicas quanto ao futuro das mães adolescentes, ou seja, ao futuro dessa jovem família. A falta de uma “política de incentivo à permanência na escola” é um exemplo ícone para o início de uma carreira baseada na ausência de qualificação profissional e para uma inserção precária no mercado de trabalho”. (MIOTTO, 2005, p. 143)

Laura não recebeu as orientações necessárias sobre planejamento familiar, sobre métodos anticoncepcionais, sobre acesso a saúde pública e medicamentos especiais, como o leite que o paciente precisava.

Infelizmente, a mídia enquanto instrumento de acesso às informações, assume os aspectos que os detentores desse poder entendem que deve ser veiculado. Assim, fica evidente que o que gera mais lucros para as grandes mídias, não é levar a população usuária o conhecimento sobre seus direitos. Sobre isso, Martins (2005, p. 130) entende: “a realidade tem mostrado que a imprensa é atravessada ela mesma por interesses os mais diversos, freqüentemente difusos e antagônicos”.

Ainda para Martins (2005), a atuação da mídia, perpassa o exercício do poder, a atuação pública e a manifestação da política. Não é apenas a questão da influência que a mídia exerce, mas sim, porque ela se constitui em um espaço de atuação política. Dessa forma, a mídia, vem atuando em situações que caberiam: “à sociedade como um todo, mediante as várias instituições e organismos como universidades, igrejas, ONGs, partidos políticos, associações de classe” (Martins, 2005, p. 133). Essa atuação da mídia restringe a discussão para o que é apontado em seu discurso, que na maioria das vezes não é plural, nem aberto e acessível à maioria da população.

A situação em questão foi discutida em várias “reuniões de intercâmbio” (reuniões interdisciplinares) que acontecem na Unidade. Foi enfatizado em todas elas, a necessidade de os profissionais tentarem despir-se de seus entendimentos sobre a relação mãe/filho, para que não negligenciassem a situação e evitassem de tratar Laura com preconceito, devido as atitudes que ela apresentava.

Nessa situação, havia um entendimento de grande parte da equipe multiprofissional e de toda a rede de proteção social que atendia a família de que a mãe estava negligenciando o paciente. Precisamos assim, pensar sobre esse conceito. Segundo Volic e Baptista (2005, p. 150): “uma atitude é considerada negligente quando não acidental e quando expressa uma ação negativa ou uma ausência voluntária de exercício desses cuidados pelos seus responsáveis, a qual tem repercussões graves na vida daquele que é cuidado”.

Com a explicitação do conceito, fica claro que o fato de Laura não demonstrar afeto e cuidado, como a maioria das mães, não quer dizer que ela não tenha bons sentimentos e vontade de cuidar do filho. Na referida situação, percebemos que a privação da mãe às informações e orientações essenciais para esse momento, bem como a situação econômica da família é que foram os maiores agravantes para o adoecimento do paciente.

Percebemos que a rede de proteção social existente não chega a algumas famílias, como a de Laura, que deveriam estar sob proteção dessa rede, que, por sua vez, através das entidades que a representam, deveria ser um meio de articulação e orientação da família no que se refere a todas as suas demandas.

Baseamos nosso entendimento de rede, na concepção de Mance (2000 *apud* Bidarra 2009, p. 492):

uma articulação entre diversas unidades que, por meio de certas ligações, trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente, e que podem se multiplicar em novas unidades, as quais, por sua vez, fortalecem todo o conjunto na medida em que são fortalecidas por ele, permitindo-lhe expandir-se em novas unidades.

Fica o entendimento, de que trabalhar em rede exige o desenvolvimento e o fortalecimento de atitudes cooperativas. O bom funcionamento dessa rede depende da ação simultânea e complementar de todos que fazem parte dela.

Sobre a necessidade desse trabalho em redes, baseado no sistema de proteção social, lembramos que foi a partir da Constituição de 1988 que foi inaugurado um sistema público de seguridade social. Este deveria ser de caráter universalista, atendendo a toda população, conforme as especificidades de cada segmento populacional. É reconhecido a partir daí a obrigatoriedade do Estado das respostas as demandas sociais.

No entanto, vemos que muitas famílias, estão excluídas do processo de construção e consolidação da sua cidadania, que deveria estar se dando através do sistema de proteção social, que inversamente, está intensamente ameaçado e precarizado. Yasbek (1993 *apud* Silva 2004, p. 41) observa que essas populações são marcadas: “por um conjunto de carências, muitas vezes desqualificados pelas condições que vivem e trabalham, enfrentando cotidianamente o confisco dos seus direitos mais elementares, buscam na prestação de serviços sociais públicos, alternativas para sobreviver”. Essa ausência de acesso aos direitos básicos e a precariedade da inserção dessas famílias nas políticas sociais refletem a nossa desproteção social.

Atuar nessa perspectiva, que é também da intersetorialidade, significa, segundo Bidarra (2009, p. 490): “ter a capacidade de compartilhar responsabilidades e de organizar as atribuições necessárias à realização de uma tarefa para a qual é preciso contar com igual compromisso dos atores sociais envolvidos”.

O entendimento neoliberal atrela todas essas problemáticas familiares a uma questão meramente individual, como se a superação das dificuldades dependesse unicamente do sujeito. Essa indiferença com as famílias contribui para transformar o Estado em aparelho meramente burocrático. Assim, favorece os interesses do mercado e ignora as funções sociais que esse Estado deveria estar cumprindo.

Entendemos baseado em Silva (2004) que as políticas sociais devem materializar os direitos, não simplesmente tendo-os assegurados em leis, mas na relação direta de aplicação desses direitos, através das políticas sociais. Desta forma, “a garantia de transpor o espaço privado em direção ao público, muito mais do que a publicização das problemáticas das famílias [...], reporta-nos à cadeia de elementos normatizados pela ação política”. (Silva, 2004, p. 114).

Para que essas famílias recebam um atendimento que contemple sua realidade, é necessário:

Abrir espaço para a superação de abordagens conservadoras de intervenção nas famílias, que dão primazia a interpretação do “indivíduo-problema”, onde qualquer espécie de direcionamento das ações recai sobre aquele indivíduo. Essa perspectiva não vislumbra, nem como princípio, nem tampouco como possibilidade de estratégia, um investimento real no grupo familiar, no sentido do entendimento e

enfrentamento de suas vulnerabilidades, nas suas diversas expressões. O novo enfoque dado à família, no sentido de compreendê-la na sua amplitude, considerando-a, ao mesmo tempo, como público alvo e parceria, imprime um inaudito compromisso com resultados que não culminem somente no atendimento de situações emergenciais, mas que oportunizem um espaço de potencialização e implementem ações emancipadoras junto a essas segmentos, com a garantia de seus direitos. (SILVA, 2004, p. 122 e 123)

Na situação em questão, a articulação dos profissionais que atenderam a família, com as redes de proteção social, foram fundamentais para o processo de encaminhamentos na pós-alta. Entendo que é necessário que os profissionais conheçam os serviços de forma que possam fazer um encaminhamento qualificado. O acesso as redes é um importante fator para a pós-alta do paciente, bem como de toda família, pois nesse momento, as orientações realizadas na internação são acompanhadas de forma sistemática.

Entendemos que a ação em rede pode agilizar serviços e evitar o desperdício de recursos, a fragmentação e a descontinuidade dos programas sociais. Atuar em conjunto pode reduzir o nível da incerteza e dos riscos no enfrentamento das expressões da questão social.

É necessário reforçar que o poder público tem papel fundamental no controle das ações, na garantia de qualidade dos serviços que estão disponíveis e para o qual as famílias são encaminhadas, e na articulação entre as diferentes instituições que fazem parte das redes de proteção.

Com essa situação analisada fica refletido que nossa rede de proteção social é muito falha. A família em questão já havia sido atendida pelos Conselhos Tutelares de São José e Palhoça, quando Laura era o alvo do atendimento. Laura e a irmã também participaram do Programa Cidade da Criança. Mesmo tendo contato com essa rede de proteção social, a família continuou fragilizada e não tendo condições de atender as necessidades de todos os seus membros.

O conselheiro Lucas do CT da Palhoça viu a situação em todos os momentos, como um problema que ele não estava disposto a solucionar. Percebemos um empenho muito grande do mesmo em investigar a família, na tentativa de encontrar algo que o desobrigasse da responsabilidade com a situação. Investigação que realmente deu certo, pois, ao descobrir que Laura deveria estar morando com o pai em São José e não com a mãe na Palhoça, visto que essa foi destituída do poder familiar, rapidamente encaminhou a situação para o CT de São José. No entanto, o conselheiro tomou essa decisão sozinho, como se ele tivesse o poder de decidir e responder pelo usuário do serviço sobre sua própria vida. Nem Laura, nem sua mãe, nem seu pai e a madrasta, nem o CT de São José e nem mesmo a equipe multiprofissional do HU, foram comunicados dessa intenção, somente avisados da decisão.

Assim que a situação foi passada para o CT de São José, a situação continuou a mesma. Até a data da resolução das demandas trazidas por essa família, no referido CT, o caso foi passado para quatro conselheiros diferentes. Novamente, percebemos que o órgão CT como um todo, reveste-se de um poder sobre a vida dos indivíduos que eles não deveriam ter. Todas as decisões que tomam são feitas individualmente, sem consulta alguma ao maior envolvido que é o usuário do serviço.

Essa atitude em parte está respaldada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que garante aos Conselhos o poder de promover a execução das suas próprias decisões. No entanto, esse respaldo vem sendo utilizado de forma inadequada pelos conselheiros, que o tomam com o sentido de livre poder nas decisões sobre a vida das crianças, adolescentes e famílias que atendem.

Sobre as decisões tomadas nos Conselhos, Carvalho (1992, *apud* Souza 2008, p. 101) entende: “as decisões emanadas do Conselho Tutelar são sempre decisões coletivas. As atitudes adotadas devem ser discutidas pelo conjunto dos conselheiros. A responsabilidade, tanto das atitudes como das decisões assumidas, é do Conselho Tutelar como um todo”. Fica claro, que na situação analisada as decisões não são tomadas dessa forma, são decisões particulares e individuais de cada conselheiro, tanto que, em vários contatos telefônicos com os Conselhos, ficou claro que nenhum outro conselheiro poderia das respostas aos nossos questionamentos, pois não estavam responsáveis pela situação.

Reforçamos, conforme Souza (2008, p. 133) que: “o Conselho Tutelar não pode ser um órgão de controle de crianças e adolescentes pobres, e nem trazer resquícios do menorismo, elementos incompatíveis com a Teoria da Proteção Integral”.

Em ambos os conselhos o entendimento era de que a melhor alternativa para a situação era o abrigo do paciente, sem, no entanto, pensar em uma alternativa viável de encaminhamento para Laura, que como adolescente, também deveria ser alvo da atuação dos conselhos.

Compartilhamos o entendimento de Souza (2008, p. 90) sobre o atendimento do Conselho Tutelar:

As medidas aplicadas pelo conselho tutelar à criança e ao adolescente, devem pressupor que aqueles pais ou responsáveis também foram atendidos ou aconselhados, quando necessário, pois inúmeras situações à violação ocorrem, e o atendimento somente à criança e ao adolescente não será suficiente.

Entendemos ainda, com base em Neto (2005) que é imprescindível que todas as ações, de todos os profissionais envolvidos com a situação, se expressem na perspectiva da garantia, no caso, da criança e da adolescente. Isso feito:

desenvolvendo-se estratégias efetivas no sentido da realização plena dos direitos da infância e da adolescência e da redução dos níveis de desigualdade e iniquidades, indo além do mero exercício de competências e atribuições legais das instâncias

públicas, além da preservação dos interesses corporativos de cada profissão, além da satisfação pessoal e da vaidade de cada um. (NETO, 2005, p. 25)

Em nenhum momento, os conselhos e conselheiros de Palhoça e São José conseguiram visualizar que Laura era uma adolescente que tinha todos os seus direitos violados e, que conseqüentemente, também precisava ser atendida para que, enquanto mulher, mãe, adolescente e cidadã tivesse acesso a esses direitos.

Entendemos, baseado em Neto (2005) que é preciso travar uma luta em favor da infância e da adolescência e que para isso, precisamos de novas alternativas, que por meio das instâncias públicas e de mecanismos políticos, sociais, econômicos, culturais, religiosos e jurídicos se tornem instrumentos de mediação nessa luta. Essa luta deve ser, segundo Neto (2005, p. 8):

Pelo asseguramento da essência humana e da identidade geracional de crianças e adolescentes, vencendo esse processo de *desumanização*, de dominação e opressão, de desclassificação social de crianças e adolescentes, nesse jogo hegemônico e contra-hegemônico que ainda condena grandes contingentes desse público infanto-juvenil a um processo mais específico e doloroso de marginalização.

A partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, é que são instituídos os Conselhos Tutelares como órgãos permanentes e autônomos. O ECA atribuiu grande importância ao Conselho Tutelar, em seu artigo 135 expressa: “o exercício efetivo da função de conselheiro consistirá serviço público relevante, estabelecerá presunção de idoneidade moral e assegurará prisão especial, em caso de crime comum, até o julgamento definitivo”. Ou seja, seu trabalho é considerado de grande conveniência e valor, sendo que também oferece benefícios a quem o desempenha.

Sobre a função de conselheiro tutelar Ferreira (*apud* Souza, 2008, p. 88), apresenta:

A função de Conselheiro Tutelar tem características peculiares e apresenta uma série de desafios a quem se dispõe a exercê-la. Diariamente, os Conselheiros têm de fazer um embate forte, consistente e qualificado, através de cada procedimento, por mais simples que pareça ser, diante dos agentes e das estruturas (políticas, sociais, culturais e econômicas) que reforçam os canais pelos quais se processa a violação de direitos da população infanto-juvenil. Sua tarefa é a de tentar romper com as práticas que legitimam a violação de direitos.

Remetendo essa citação à experiência com os Conselhos tutelares com os quais trabalhamos, vemos que esse cotidiano de luta na execução do trabalho dos conselheiros está longe de ser efetivado. Entendemos que essa não-incorporação das necessidades e demandas dos usuários, que a falta até mesmo de sensibilidade com a situação, que a falta de percepção do contexto familiar que tanto influenciou no processo de adoecimento do paciente, que a negligência sofrida por Laura



enquanto adolescente e todas as outras falhas percebidas e apontadas nos encaminhamentos realizados se devem, em grande parte, pelo despreparo dos profissionais que atuam nos Conselhos.

Sobre essa questão, o ECA coloca como requisitos para candidatura apenas três itens que não garantem essa preparação dos profissionais. São eles:

Art. 133. Para a candidatura a membro do Conselho Tutelar, serão exigidos os seguintes requisitos:

- I - reconhecida idoneidade moral;
- II - idade superior a vinte e um anos;
- III - residir no município.

Sabemos que em alguns municípios os conselheiros passam por treinamento antes de assumir o cargo, mas também não temos noção do tipo e real eficácia desse treinamento. Com isso, vemos que o resultado final dessa ausência da necessidade de preparo profissional por parte do Estatuto da Criança e do Adolescente, acarreta na forma como se dá o atendimento e como são realizados os encaminhamentos pelos conselheiros. Nessa situação, essa ausência de preparo profissional fica clara através das atitudes dos conselheiros já apontadas e discutidas.

Sobre os Conselhos Tutelares, entendemos que, mesmo com todas as dificuldades apontadas, estes podem trabalhar na perspectiva de serem representantes da sociedade civil como um todo. Reforçamos que estes têm condições de fortalecer a política local de atendimento à criança e ao adolescente, como órgão de encaminhamento das demandas locais que atendem diariamente, para outras instâncias de decisões, como Conselhos municipais, estaduais e nacional dos direitos das crianças e dos adolescentes.

Com essa situação, podemos reforçar o entendimento de que saúde não é apenas ausência de doença. A noção dos determinantes econômicos e sociais também deve ser levada em conta nesse processo. Segundo a Comissão Nacional sobre determinantes sociais da Saúde:

Os determinantes sociais da Saúde incluem as condições mais gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias. (Comissão Nacional sobre determinantes sociais da Saúde, 2009.)

Pensando na situação em questão, vemos que a não acessibilidade a essas condições e redes foi determinante para o adoecimento do paciente e para o fato de a mãe não conseguir despender os cuidados que ele necessitava.

Fica entendido, que a Constituição de 1988 e demais legislações que garantem o direito dos usuários do Serviço Social são dispositivos legalmente instituídos, mas não podemos atribuir-lhes a

garantia de um novo projeto ético-político para nossa sociedade. Pois, conforme Meirelles (2005, p. 113): “são as lutas sociais, o fortalecimento da participação política da sociedade civil, que podem se constituir em instrumento de democratização, dependendo do modo pelo qual são implantadas, da força social que as legitima e da direção ético-política adotada.”

Finalmente, podemos analisar o atendimento interdisciplinar desenvolvido nessa situação. Em situações, como essa, que causam comoção, aborrecimentos, espanto, entre outros sentimentos nos profissionais, o trabalho interdisciplinar é constantemente lembrado, como a melhor forma de solucionar o caso.

Realizar atendimento interdisciplinar propõe um confronto e uma aproximação entre a equipe multiprofissional, integrando os múltiplos conhecimentos para um mesmo fim, pressupondo que este, só pode acontecer se for exercido no âmbito da totalidade, ou seja, as ações devem ser pensadas e realizadas em conjunto, visando a melhor resolução das demandas.

Percebemos, que na situação analisada, o atendimento interdisciplinar foi realizado com eficácia, visto que esse deve ser entendido como processo de comunicação, interação e integração entre as diferentes disciplinas.

Na situação em questão, a integração e comunicação entre as disciplinas foram fundamentais para analisar toda a situação de vida da família. As reuniões de intercâmbio possibilitaram esse diálogo e proporcionaram aos profissionais a escuta do entendimento de outros profissionais sobre a situação, na tentativa de evitar que Laura fosse negligenciada, e ainda de se pensar na história de privação ao acesso à direitos, à afeto e cuidados vivida por Laura. Elementos esses, que estavam sendo reproduzidos na sua história com José e que precisavam ser levados em conta antes de julgar as atitudes da mãe. Foi tentado fazer com que a equipe percebesse que alguém que nunca teve referências como as que os profissionais estavam acostumados a ver acerca da relação mãe/filho, tem muitas dificuldades de desenvolver um relacionamento contrário ao que conhece.

### **3.2 Pesquisa**

Neste item serão apresentados os resultados obtidos com os questionários aplicados na Unidade de Internação Pediátrica (UIP). Os questionários consistiam em questões abertas e fechadas, relacionadas ao conceito de interdisciplinaridade e as experiências das “reuniões de intercâmbio” realizadas na UIP. Foram respondidos pelas seguintes profissionais: uma enfermeira, uma médica, uma assistente social e uma psicóloga.

Todas as profissionais trabalham há mais de 15 anos na Unidade. As quatro profissionais já tiveram oportunidade de participar das reuniões de intercâmbio. Três profissionais acharam a experiência “ótima”, uma apontou que foi “boa”. Sobre seus entendimentos acerca do atendimento

interdisciplinar na Unidade, três profissionais responderam que é “bom”, uma respondeu que é “ruim”. Sobre a necessidade da realização das “reuniões de intercâmbio”, todas as profissionais referem que é importante.

Referente as questões abertas temos como respostas:

Questão 1: O que entende sobre o conceito de interdisciplinaridade.

Profissionais	Respostas
Médica	“Acho que interdisciplinaridade é uma interação, uma soma de informações que ocorre entre as diversas disciplinas. Cada um dá a sua contribuição, com o intuito de resolver determinados problemas”.
Enfermeira	“Quando existem pontos de convergência entre distintas áreas do conhecimento em torno de um mesmo objetivo”.
Assistente Social	“É a plena troca de saberes entre as profissões, o que implica em alteridade, compreensão do papel do outro, troca de saberes, aprofundamento e interesse pelo conhecimento do outro”.
Psicóloga	“São todas as práticas e ações profissionais, voltadas ao atendimento de um objetivo comum, realizadas de forma integrada com a equipe de trabalho. Entendo por integrada as ações que são construídas conjuntamente, ou seja, a partir do conhecimento específico de cada profissão, criam-se ou constroem-se novas ações que são únicas e inovadoras. Nesse sentido, também entendo interdisciplinaridade como uma postura ou atitude profissional de compartilhamento de fazeres e saberes profissionais”.

Questão 2: O que achou da experiência de participar das “reuniões de intercâmbio”.

Profissionais	Respostas
Médica	“A experiência é muito rica e deveria ocorrer em todos os setores do HU, não só na internação pediátrica, mas também no ambulatório e outras clínicas”.
Enfermeira	“É um momento de aprendizado compartilhado, em que o benefício não é somente para a criança internada e sua família, mas

	também de enriquecimento para os participantes. Para os alunos da Medicina é uma das únicas oportunidades durante a graduação de presenciar uma discussão com enfoque multiprofissional sobre seus pacientes que não sob a ótica verticalizada da medicina curativa”.
Assistente Social	“Desde que existem essas reuniões no HU, eu venho participando e cada vez mais me certifico de sua importância. É inegável que a troca de informações engrandece o aprendizado e só fala a favor das famílias das crianças, pois procuramos ter uma linguagem semelhante e tomar condutas na mesma direção”.
Psicóloga	“Sou alguém que defende muito sua importância e continuidade. Gosto muito da experiência de compartilhamento e acredito que é um dos poucos espaços formais existentes de discussão e troca, na nossa prática, atualmente. Identifico que já tivemos momentos melhores, quanto à participação de mais profissionais e de mais áreas representadas, por isso considero apenas boa. Sinto falta da valorização deste momento pelos demais profissionais e um maior esforço em participar (além de incentivar seus pares – colegas e, especialmente, alunos/residentes). Percebo que cresço e repenso constantemente minha prática a partir dos conhecimentos e reflexões trazidas nesse espaço”.

Questão 3: Opinião sobre o atendimento interdisciplinar na Unidade.

Profissionais	Respostas
Médica	“Acho que é bom, porque devemos sempre melhorar. Como não participo mais destas reuniões, sinto falta e muitas vezes impotente em como ajudar famílias a resolver algumas dificuldades que trazem”.
Enfermeira	“Nós já vivenciamos um período de “efervescência” em relação às reuniões/resoluções de intercâmbio. Hoje seguimos o trabalho de cooperação multiprofissional, repassamos, encaminhamos, conversamos. Mas talvez essa seja uma opinião excessivamente particular pelo fato de que eu tenho participado muito pouco das

	reuniões nos últimos tempos”.
Assistente Social	“Certamente não alcançamos o nível da interdisciplinaridade, temos mais um trabalho multidisciplinar. Vários profissionais trabalhando juntos, mas sem cada qual conseguir entender perfeitamente a atuação do outro, nem podendo colocar-se no seu lugar, como prevê a interdisciplinaridade”.
Psicóloga	“Infelizmente, já tivemos momentos de maior incentivo à integração, com várias atividades conjuntas (desde reuniões administrativas multidisciplinares, grupos com acompanhantes, esforços coletivos para buscar conquistas de melhoria de espaço físico...), o que reforçava o sentimento de equipe. Atualmente, vejo o trabalho, na maior parte do tempo multidisciplinar, ou seja, com reconhecimento da necessidade das outras áreas, mas sem uma integração e construção conjunta, que constitui a interdisciplinaridade. Um trabalho nessa perspectiva acontece com serviços isolados (Serviço Social, especialmente) ou com profissionais isoladamente, não sendo uma diretriz/filosofia da equipe como um todo”.

Questão 4: Opinião sobre a importância das “reuniões de intercâmbio”.

Profissionais	Respostas
Médica	“Acho muito importante e não podem deixar acabar. Porque além de somar conhecimentos de outras áreas, tomamos ciência dos recursos, buscados na comunidade. Com isto sabemos das dificuldades das famílias e se tenta resolver determinados problemas”.
Enfermeira	“Importante pela visão holística da criança e da família, possibilidade aumentada de apoio para ambos”.
Assistente Social	“As reuniões são importantes, pena que as presenças frequentes sejam sempre das áreas de “humanas” (Serviço Social e Psicologia). Seriam bem mais ricas as discussões e atingiriam aqueles que efetivamente têm falhas na sua formação acadêmica, se as demais profissões da área da saúde comparecessem com

	assiduidade às reuniões, com seus profissionais e alunos”.
Psicóloga	“Vejo como imprescindível. Principalmente por ser um dos poucos espaços formais de troca e discussão. Precisaria ser uma ação proposta pelas chefias e instituída na rotina, não um espaço de participação voluntária/espontânea, como percebo que acontece atualmente”.

Analisando esses dados fica evidente, que todas as profissionais têm conhecimento sobre o conceito de interdisciplinaridade, inclusive distinguindo-o de outros, como a multidisciplinaridade.

Todas as profissionais entenderam que a experiência de participar das reuniões foi proveitosa, no sentido de subsidiar um melhor atendimento à criança e adolescente internado na Unidade, bem como a toda sua família.

Todas as profissionais perceberam que o atendimento interdisciplinar na Unidade não se dá de forma efetiva. Pontuam que existem certos pressupostos para qualificar um atendimento de interdisciplinar, que em muitos casos não estão presentes. Por exemplo, conhecer e entender as ações do outro profissional que faz parte da equipe; realizar atendimentos/grupos em que participem representantes de todas as profissões; integração e construção conjunta dos encaminhamentos das famílias e dos pacientes internados são pressupostos indispensáveis para qualificar um atendimento como interdisciplinar.

Pressupomos que o entendimento do interdisciplinar, tem base na concepção de Mourão (2002 *apud* Costa 2002, p. 16) que diz: “A interdisciplinaridade é estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados [...] não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos”.

Podemos perceber que as profissionais que participam mais efetivamente das reuniões (Assistente Social e Psicóloga) conseguiram ter um olhar mais apurado acerca das questões levantadas. É apontada em suas falas a necessidade de um maior engajamento dos profissionais que compõem a equipe para poder participar das reuniões, bem como incentivar alunos e estagiários. Foi trazido pela psicóloga o crescimento constante que se efetiva a partir da participação nas reuniões. Esta trouxe ainda, a necessidade dessas reuniões serem uma ação proposta por chefias e instituída na rotina de trabalho.

Concluimos a partir da análise dos questionários que um atendimento interdisciplinar implica o planejamento conjunto das ações e a construção de conhecimento, não no sentido de construir uma nova disciplina, mais sim de associar o conhecimento de cada profissão, visando a um mesmo objetivo, nesse caso, o atendimento integral do paciente internado e sua família.

Concordamos com Costa (2002, p. 17) que aponta como entraves para um trabalho interdisciplinar:

- Resistência a novas aprendizagens.
- Comunicação deficitária entre os profissionais.
- Ausência de um projeto assistencial comum à equipe.
- Descrédito acerca da possibilidade de se concretizarem projetos em saúde pública.
- Relação de poder nas equipes sustentada pela especialização dos saberes e pela valorização social das profissões.

Apesar dos entraves apresentados, todas as profissionais perceberam que a realização das “reuniões de intercâmbio” é muito importante. É nesse espaço que se pode efetivar a discussão e a troca sobre as situações. É nesse espaço ainda que se discute a direção de futuros atendimentos aos usuários do serviço de saúde. Atendimentos que poderão ser realizados de forma homogênea por toda a equipe, visando sempre o melhor resultado para a família do paciente internado.

## Considerações finais

A elaboração deste trabalho teve como objetivo principal problematizar a importância da interdisciplinaridade no contexto do tratamento de saúde dos pacientes internados na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do Hospital Universitário (HU) Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

Pensando neste objetivo, vemos que, a partir dos objetivos específicos elencados, o mesmo foi alcançado. Para adentrar o tema da interdisciplinaridade na Saúde, realizamos primeiramente uma discussão sobre a política de Saúde no Brasil, enfocando seu período Universalista, que é fruto da redemocratização do país e legitimado na Constituição de 1988.

Posteriormente realizamos uma pequena exposição do conceito de equipe, desenvolvemos a historicidade do termo e diferenciamos os diferentes conceitos como: multidisciplinar, interdisciplinar, pluridisciplinar e transdisciplinar. Esse processo foi fundamental para compreensão da interdisciplinaridade e o seu possível desenvolvimento e realização em equipes de Saúde.

A partir do trabalho desenvolvido ficou o entendimento de que o conceito de interdisciplinaridade deve ser a substituição de uma concepção fragmentária por uma concepção globalizada do ser humano como indivíduo que possui diferentes dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Não se trata de desenvolver uma nova síntese do saber, mas sim de esforçar-se para aproximar, relacionar e integrar os conhecimentos. A interdisciplinaridade passa a ser um instrumento não só de compreensão da ciência, mas também de sua construção e é, assim, uma prática criadora do saber.

Japiassu (1992) entende que a prática interdisciplinar precisa responder à criação de uma nova espécie de cientistas, que deve negar o especialista como portador de um conhecimento fechado, repleto de certezas e dar lugar a um pesquisador com espírito de busca e posições críticas quanto ao seu saber e ao dos outros.

Em nossa pesquisa, esse posicionamento acerca do conhecimento do outro profissional com quem se está interagindo ficou evidente. Foi destacado que para alcançarmos um trabalho interdisciplinar este é um dos pressupostos.

O trabalho em saúde necessita ser um trabalho coletivo, em equipe. Trabalhar interdisciplinarmente, não é somente agrupar profissionais de áreas distintas, mas sim, atuar coletivamente. Precisa existir articulação entre os profissionais, conexão entre os saberes e as intervenções.

Vemos que muitos profissionais ainda têm dificuldades de compreender e executar um trabalho interdisciplinar. Muitos ainda realizam ações parceladas e desarticuladas, apesar, de



estarem conscientes que só por meio da articulação e interação entre os membros da equipe é possível realizar um trabalho que atenda às necessidades multidimensionais dos indivíduos.

Apesar de todos os entraves para a construção desse atendimento interdisciplinar na Unidade campo de pesquisa, percebemos que todos os profissionais entendem ser importante que as reuniões de intercâmbio continuem acontecendo, sempre na perspectiva do melhor atendimento para o paciente internado e o familiar. Ou seja, trabalhar interdisciplinar envolve desempenhar um atendimento globalizado e em consonância com os preceitos da Reforma Sanitária: Universalidade, equidade e integralidade.

Nesse sentido, estamos falando de um atendimento baseado também no conceito ampliado de Saúde, construído a partir do movimento de Reforma Sanitária e amplamente divulgado a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986. Esse pensamento vê a saúde como resultado de diversos fatores como as condições de acesso aos direitos de alimentação, educação, renda, habitação, trabalho, liberdade, acesso a terra e a serviços de saúde, entre outros.

Pontuamos a partir disso, que a não acessibilidade a esses direitos, são considerados agravantes em Saúde. Nos atendimentos das famílias em nosso contexto institucional, considerando que a população usuária constitui-se em sua maioria em crianças que sofrem de doenças causadas pela situação sócio-econômica precária: bronquite, pneumonia, desnutrição, desidratação, escabiose, verminoses, entre outras; percebemos que as condições de vida e de trabalho dessas famílias, ou seja, o não acesso aos seus direitos fundamentais foi decisivo para o adoecimento.

Buss e Filho (2007) em artigo intitulado Saúde e seus determinantes sociais apresentam análises das relações entre saúde, desigualdade nas condições de vida e grau de desenvolvimento de vínculos entre os indivíduos. É explicitado que as condições de vida e trabalho, os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos, comportamentais, ou seja, as condições de vida em que as pessoas vivem afetam sua saúde.

Para alterar esse cenário Buss e Filho (2007, p.10) pontuam que são necessárias políticas de abrangência populacional que possibilitem mudanças de comportamento através de “programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas”.

Buss e Filho (2007, p. 10) pontuam ainda que as políticas precisam “estabelecer redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades, em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, e para que se constituam em atores sociais e participantes ativos das decisões da vida social”. Referem ainda à atuação das políticas sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham que devem “buscar assegurar melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos,

emprego seguro e realizador, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade e outros”.

Destacamos nesse âmbito a rede de apoio das famílias atendidas no espaço do estágio. Essa era constituída principalmente entre parentes, amigos, vizinhos, recursos da comunidade, como igrejas e ONGs. Essas redes funcionam através de troca de favores e são muitas vezes a única possibilidade de ajuda que essas famílias podem contar, além de serem um suporte para aliviar as cargas da vida cotidiana. Essas redes tentam garantir a satisfação de todas as necessidades das famílias que são negadas pelo poder público através da não acessibilidade aos seus direitos fundamentais. Sabemos que isso decorre da desresponsabilização do Estado diante das políticas sociais, que são defendidas a partir da hegemonia do discurso neoliberal de um “Estado mínimo” para essas questões.

Podemos pensar ainda, na compreensão das redes de apoio local, e nas formas como elas se colocam, levando sempre em consideração as situações econômicas e sociais do processo de desigualdades do sistema vigente, das condições precárias de subsistência e da má articulação com os recursos públicos. Consideramos que o atendimento interdisciplinar deve dar ênfase no reforço a essa rede de apoio local, o que tende a favorecer uma rede de relações capazes de introduzir e solidificar um processo de identificação e confiança tanto para o usuário, como para as referidas redes.

Cabe ressaltar, que era perceptível nos atendimentos realizados com acompanhantes de pacientes internados (principalmente mães) que muitos ainda não conseguiam visualizar-se como um sujeito de direitos. Percebemos que esses usuários que chegavam ao Serviço Social através da internação de um filho, por exemplo, não tinham conhecimento sobre seus direitos e nem acesso a informações e serviços que trabalhassem, orientassem e divulgassem acerca disso.

Assim, a socialização de informações, realizadas através do atendimento do Serviço Social a esse usuário é fundamental para dar respostas as demandas que são apresentadas. Sarmiento (2006) entende a informação como uma potencializadora em nossas ações, salienta que esta precisa ser compreendida como instrumento que divulga informações de interesse da população e do Assistente Social, que permite difundir conhecimentos sobre novas maneiras de pensar e agir.

Podemos destacar os entraves relacionados com um atendimento interdisciplinar na Unidade. Enfatizamos a necessidade de que o conceito “interdisciplinar” seja constantemente problematizado nas reuniões, como forma de diferenciá-lo de outros conceitos e desvendamento das contribuições de cada profissional nesse contexto. Para os profissionais de psicologia, serviço social e enfermagem, que participam da reunião há mais tempo, o conceito parece estar explicitado. No entanto, em razão dos alunos de medicina permanecerem somente duas semanas na Unidade, fato que leva a uma mudança constante dos participantes da reunião, entende-se ser necessário, que o

conceito seja permanentemente revisitado.

Entendemos também que a participação efetiva de todos os profissionais que compõe a equipe é indispensável para que o trabalho interdisciplinar seja desenvolvido de forma plena. Percebemos que existe uma resistência principalmente da equipe médica, que reforça uma relação de poder e hegemonia entre os profissionais e que desconhece, e conseqüentemente, muitas vezes, desvaloriza o papel e as ações do Serviço Social na unidade.

A dificuldade de comunicação com a equipe médica se dá em função do saber que o médico detém para se apropriar do objeto do seu trabalho (o paciente) e conduzir o processo de evolução da situação. O que caracteriza a hegemonia médica é o entendimento, de que a única finalidade da internação é a cura da doença. Assim, como este profissional possui o domínio do instrumental necessário para isso, a dominância sobre os demais profissionais, acarreta na dificuldade de interação entre estes.

A pesquisa realizada possibilitou perceber o entendimento de profissionais que participam assiduamente das reuniões de intercâmbio (psicóloga e assistente social), de que é necessário que os profissionais que compõe a equipe de Saúde, ampliem seus esforços no sentido de participar ativamente das reuniões, bem como, incentivar seus alunos e estagiários. Uma saída para evitar o esvaziamento das reuniões, poderia ser, conforme citado pela psicóloga da Unidade, que essa fosse uma ação proposta por chefias e instituída na rotina de trabalho.

Finalmente, reiteramos a necessidade do trabalho interdisciplinar, enfatizando que trabalhar em equipe possibilita uma atuação mais comprometida, crítica e investigativa da realidade apresentada. Conseqüentemente, com essa articulação dos saberes abre-se a possibilidade de atingirmos a integralidade em Saúde, através, é claro, da compreensão dos determinantes da doença. É indispensável que possamos conhecer a realidade social como um todo, para entendermos a influências dos determinantes sociais na saúde de nosso usuário, que os tornam mais ou menos vulneráveis ao adoecimento.

## Referências bibliográficas

ANDRADE, L. O. M, PONTES, R. J. S., JÚNIOR, T. M. A **descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. In: Revista Panamericana de Salud Pública. Washington, 2000. Vol. 8, nº 1-2. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892000000700026&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892000000700026&script=sci_arttext&tlng=en).

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. **Retomando a temática da sistematização da prática em serviço social**. In: Revista Serviço Social e Saúde. São Paulo, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto3-2.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto3-2.pdf). Acessado em 13 de abril de 2010.

AROUCA, A. S. S. **Saúde e democracia**. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

BERTANI, I. F. **Saúde, qualidade de vida e relações de trabalho**. In: BERTANI, I.F.; REZENDE, R. M. Conversas interessantes sobre saúde: Programa de Extensão – QUAVISSS. São Paulo. Franca: UNESP-FHDSS, 2007.

BIDARRA, Z. S. **Pactuar a intersetorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia dos direitos**. In: Serviço Social e Sociedade, nº 99, 2009.

BRASIL, **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/18080.htm>. Acessado em 20 de março de 2010.

BRASIL, **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm). Acessado em 24 de março de 2010.

BRASIL. **Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>. Acessado em 12 de abril de 2010.

BRAVO, M. I. **A política de saúde no Brasil: trajetória e histórica**. In. Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ–DEPERXT–NAPE, 2001a. p. 21- 28.

BRAVO, M. I. **Políticas brasileiras de Seguridade Social: Saúde**. In. Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 3. Brasília: UNB-CEAD, 2000, p. 103-116.

BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A. M.; GAMA, A. S.; MONNERAT, G. L. (orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo, Cortez, 2009.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. **A Saúde e seus determinantes sociais**. In: Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais\\_artigo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais_artigo.pdf). Acessado em 10 de junho de 2010.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. In Ciência e Saúde Coletiva, vol. 8, nº 2. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232003000200018&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232003000200018&script=sci_arttext&tlng=es). Acessado em 16 de março de 2010.

CARDOSO, M. F. M. **Reflexão sobre instrumentais em Serviço Social: observação sensível, entrevista, relatório, visitas e teorias de base no processo de intervenção**. São Paulo: LCTE Editora, 2008.

CERQUEIRA, Sebastião A. da Rosa. **Estudo da função extensionista e assistencial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina na percepção da atual direção**, 1996. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico.

CFESS. **Código de Ética do Assistente Social**. 1993. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_1993.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf). Acessado em 12 de abril de 2010.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/noticias\\_res.php?id=228](http://www.cfess.org.br/noticias_res.php?id=228). Acessado em 13 de abril de 2010.

CHUPEL, Cláudia Priscila; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **ACOLHIMENTO E SERVIÇO SOCIAL: contribuição na discussão das ações profissionais no campo da saúde**, 2009. In ANAIS 4º Encontro do Serviço Social do Hospital Universitário.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: **Por que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros?** Novembro de 2009. Disponível em: [http://www.determinantes.fiocruz.br/chamada\\_home.htm](http://www.determinantes.fiocruz.br/chamada_home.htm). Acessado em 19 de maio de 2010.

CORRÊA, S. **Plano de estágio curricular obrigatório I**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

CORRÊA, S. **Relatório Parcial de Estágio Obrigatório I**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

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

COSTA, R. P. **Interdisciplinaridade e equipes de saúde: um estudo de caso**, 2002. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PEPS3092.pdf>. Acessado em 06 de junho de 2010.

CRESS, A **atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. In: Caderno de texto nº 07. CRESS, 12ª região, 2007.

DIAS, L. S. de Moura. **Interdisciplinaridade: em tempo de diálogo**. In: FAZENDA, Ivani, C. A. (org.). Práticas interdisciplinares na escola. São Paulo: Cortez, 1991.

ESCOREL, S., NASCIMENTO, D. R., e EDLER, F. C. **As origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, N. T. et al. (orgs). Saúde e Democracia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

EULÁLIA Divanir; MUNHOZ Naréssi. **Trabalho interdisciplinar: realidade e utopia**, 1996. In Serviço Social e Sociedade, nº 51 – Ano XVII – agosto de 1996.

FAZENDA, I. F. **Fundamentos de uma prática interdisciplinar a partir da tese – Interdisciplinaridade: um projeto em parceria**. In: Seminário Educação 92. Interdisciplinaridade: o pensado, o vivido. Cuiabá: Editora da Universidade Federal de Mato Grosso, 1993.

FAZENDA, Ivani C. A. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. 2.ed. Campinas: Papirus, 1995.

FAZENDA, Ivani C. A. **Integração e Interdisciplinaridade no ensino brasileiro – Efetividade e Ideologia**. São Paulo, Loyola, 1979.

FAZENDA, Ivani C. A. **Interdisciplinaridade: um projeto em parceria**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1993 – Coleção Educar 13.

FERREIRA, S. L. **Introduzindo a noção de interdisciplinaridade**. In: FAZENDA, Ivani, C. A. (org.). Práticas interdisciplinares na escola. São Paulo: Cortez, 1991.

FERREIRA, Maria Eliza de M. P. **Ciência e interdisciplinaridade**. In: FAZENDA, Ivani, C. A. (org.). Práticas interdisciplinares na escola. São Paulo: Cortez, 1991.

FOLLARI, R. A. **Interdisciplinaridade e dialética: sobre um mal-entendido**. In: JANTSCH, A. e BIANCHETTI, L. (org.). Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes, 1995.

HU, planejamento estratégico. **Plano 2012**. Disponível em <http://www.hu.ufsc.br>. Acessado em 08 de abril de 2010.

IAMAMATO, Marilda Vilela. **O serviço social na cena contemporânea**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, CFESS/ABEPSS, 2009, p. 16-50.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempos de capital fetiche – capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo, Editora Cortez, 2007.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**, 1976. Rio de Janeiro: Imago.

KRASNER, J. A. et al. Atendimento a pacientes portadores de paralisia cerebral: uma abordagem interdisciplinar. In: CELIA, L. S.; BALESTRIN, C. A. (org.). Interdisciplinaridade: abordagens práticas. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2003.

MARCONDES, Willer B. **A convergência de referências na promoção da saúde**. In: Saúde e Sociedade. São Paulo, 2004. Vol. 13, nº 1. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000100002&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000100002&script=sci_arttext&tlng=es).

MARTINS, A. R. N. **Grupos excluídos no discurso da mídia: uma análise de discurso crítica**, 2005. Universidade de Brasília. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/delta/v21nspe/29255.pdf>. Acessado em 25 de maio de 2010.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos**. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006.

MATOS, M. C. **O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90**. In Revista Serviço Social e Sociedade, nº 74 – ano XXIV, julho de 2003.

MEIRELLES, B. H. S. **Interdisciplinaridade: uma perspectiva de trabalho nos serviços de atendimento aos portadores de HIV/AIDS**, 1998. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.

MEIRELLES, G. A. L. **As relações político-administrativas entre os Conselhos Tutelares e a prefeitura de Curitiba**. In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº 83 – Ano XXVI, 2005.

MIOTO, R. C. T. **A maternidade na adolescência e a (des)proteção social.** In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº 83 – Ano XXVI, 2005.

NETO, W. N. **Por um sistema de promoção e proteção dos direitos humanos de crianças e adolescentes.** In: Revista Serviço Social e Sociedade , nº 83 – Ano XXVI, 2005.

NUNES, M. de L. A.; VILLARI, C. L. B. **A pesquisa, o olhar investigativo e a formação profissional.** Trabalho apresentado no 3º Encontro do Serviço Social do Hospital Universitário de Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

OLIVEIRA, P. P. de. **O Serviço Social na Saúde: trajetória, demandas e enfrentamentos no âmbito hospitalar,** 2009. Trabalho de Conclusão de curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico.

PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade.** In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006.

**Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde,** 1986. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/exposicoes/cns/pdf/8conf\\_nac\\_rel.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/exposicoes/cns/pdf/8conf_nac_rel.pdf) Acessado em 12 de abril de 2010.

RIOS, Roger Raupp. **Direito à saúde, universalidade, integralidade e políticas públicas: princípios e requisitos em demandas judiciais por medicamentos.** In Revista de Doutrina, 4ª região. Edição nº 31. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/>. Acessado em 15 de março de 2010.

SÁ, J. L. M. (org.) (1989). **Serviço Social e interdisciplinaridade.** São Paulo, Cortez.

SARMENTO, H. B. de M. **Repassando os instrumentais em Serviço Social.** In: textos de teoria e prática de Serviço Social – estágio profissional em Serviço Social na Universidade Federal do Pará. Belém/PA: UFPA, 2005, p. 06-47.

SEVERINO, A. J. O uno e o múltiplo: o sentido antropológico do interdisciplinar. In: JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes, 1995.

SILVA, C. L. da. **A experiência das famílias com pessoas com necessidades especiais em processo de envelhecimento: uma nova dimensão da desproteção social,** 2004. Dissertação de mestrado em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico.



SILVEIRA, Cleidenir da. **A interdisciplinaridade e a equipe de saúde da Unidade de Pediatria do Hospital Universitário**, 1986.

SOUZA, I. F. **A erradicação do trabalho infantil e as responsabilidades do Conselho Tutelar no município de Florianópolis**, 2008. Dissertação de mestrado em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro sócio-econômico.

VASCONCELOS Eduardo Mourão. **Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental**, 1997. In Serviço Social e Sociedade, nº 54 – Ano XVIII – julho de 1997.

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

VOLIC, C.; BAPTISTA, M. V. Trocando em miúdos: aproximações ao conceito de negligência. In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº 83 – Ano XXVI – especial, 2005.

## **ANEXOS**

## QUESTIONÁRIO

1 – Nome (caso queira identificar-se) e profissão:

2 – Há quanto tempo trabalha na Unidade?:

3 – O que entende sobre o conceito de interdisciplinaridade?

4 – Já teve oportunidade de participar de alguma das reuniões de intercâmbio?

( ) sim; ( ) não

Se sim, o que achou da experiência?

(A) Ruim

(B) Razoável

(C) Boa

(D) Ótima

\* Se possível, em poucas palavras, justificar a resposta.

5 – Na sua opinião, o atendimento interdisciplinar na Unidade é:

(A) Ruim

(B) Razoável

(C) Bom

(D) Ótimo

\* Se possível, em poucas palavras, justificar a resposta.

6 – Qual sua opinião sobre a importância das reuniões de intercâmbio realizadas na Unidade?

(A) Desnecessária

(B) Indiferente

(C) Necessário

(D) Importante

\* Se possível, em poucas palavras, justificar a resposta:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DIVISÃO DE PEDIATRIA**

Florianópolis, 25 de março de 2010

De: Serviço Social da Unidade de Internação Pediátrica – 3721.9126

Para: Conselho Tutelar da Palhoça

**Relato do Serviço Social**

José Antônio, nascido em 02 de fevereiro de 2010, filho de Laura de Souza, 14 anos, foi internado neste hospital no dia 17 de março de 2010, tendo alta em 24 de março, devido a gastroenterite aguda e desidratação, pelo fato da mãe ter dado leite de caixinha vencido ao bebê. Verificou-se durante a internação a necessidade do paciente utilizar leite sem lactose, por esse motivo, foi prescrito pela equipe médica o uso do leite alfarré.

Durante a internação foi percebida por toda equipe multiprofissional, a dificuldade da mãe em assimilar as informações fornecidas e seguir as orientações dadas. Percebeu-se o despreparo da mãe para dar conta sozinha dos cuidados e necessidades do bebê.

Ainda durante a internação, ao sair no pátio do hospital Franciele acabou quebrando o braço, segundo as outras mãe que a acompanhavam, brincando de “fazer uma estrela”. Essas e outras atitudes evidenciam sua imaturidade, e o quanto a gravidez precoce influenciou no fato de a mãe não estar preparada para enfrentar todas as responsabilidades provenientes do nascimento do bebê.

Laura relatou que mora com a mãe e o padrasto, os quais ainda têm mais dois filhos pequenos e Franciele acaba tendo que arcar com os cuidados de José sozinha, já que o pai de Anderson não assumiu a paternidade e não se relacionam mais (sic).

Diante de tudo isso, e do fato da mãe não poder adquirir o leite, que após a alta já pode ser o leite NAN I, encaminhamos a família para que seja acompanhada pelo referido conselho, para que este, como garantidor dos direitos da criança e do adolescente possa além do acompanhamento da família, articular o fornecimento do leite junto com a família, já que nosso pleito junto ao município não obteve sucesso, e a mãe necessita ser instrumentalizada e acompanhada principalmente para

obtenção do leite. A mãe forneceu os seguintes dados para contato: (foram retirados para manter a privacidade do usuário).

Disponíveis para qualquer esclarecimento,

Denise Aparecida Ferreira  
Assistente Social – CRESS XXXX

Sabrina Corrêa  
Estagiária de Serviço Social



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**  
**DIVISÃO DE PEDIATRIA**

Florianópolis, 26 de abril de 2010

De: Serviço Social da Unidade de Internação Pediátrica – 3721-9126/3721-9094

Para: Conselho Tutelar da Palhoça

**Relato do Serviço Social**

José Antônio, nascido em 21 de janeiro de 2010, filho de Laura de Souza, 14 anos, foi internado neste hospital no dia 17 de março de 2010, tendo alta em 24 de março, devido a gastroenterite aguda e desidratação, conforme relatório enviado a este conselho em 25 de março último. A mãe levou do HU uma lata do leite alfaré, até ser orientada pelo Conselho sobre a obtenção do leite. O paciente reinternou no dia 08 de abril de 2010, novamente devido a gastroenterite aguda e desnutrição grave. No entanto, na reinternação o paciente voltou irreconhecível, extremamente desnutrido.

Laura relatou que mora com a mãe, a qual está separada do atual companheiro e ainda tem mais dois filhos pequenos. Ambas trabalham com lixo reciclável, Laura catando papel e a mãe em empresa de reciclagem. Os cuidados do paciente são divididos entre a mãe, a avó e uma vizinha que mora no mesmo terreno e também tem uma filha pequena. Laura não se relaciona mais com o pai do paciente, que, segundo ela, também não contribui com os gastos e cuidados de José.

A mãe se mostra muito imatura e sem nenhuma percepção da situação de doença do paciente. Durante a internação foi percebida por toda equipe multiprofissional, a dificuldade da mãe em assimilar as informações fornecidas, seguir as orientações dadas e até demonstrar relação de afeto com o paciente. Foi suspeitado durante a internação de uso de substâncias tóxicas pela mãe, devido ao sono excessivo, o que foi descartado através de exame toxicológico.

Durante as internações tentamos orientar Laura sobre a importância dos cuidados com o paciente, sob pena de perder a sua guarda, e nesse momento pareceu “cair em si” dizendo “ninguém tira o meu filho de mim”. Enfatizamos também que o leite especial deve ser entendido como um remédio, que deve ser usado só para ele, e que vai precisar usar todos os dias durante certo tempo, para que não fique doente de novo. Ainda lembramos que é um direito do paciente ter o leite fornecido pelo município, mas que a mãe precisa lutar para garantir esse direito.

Orientamos sobre cuidados com ela como mãe e mulher, consultas ginecológicas, sobre métodos anticoncepcionais e da importância de que ela fizesse também acompanhamento médico, com intuito de prevenir doenças sexualmente transmissíveis e até mesmo novas gravidezes. Sobre isso, Laura consultou com ginecologista do HU que indicou a injeção mensal como método anticoncepcional.

É necessário que a família tenha um acompanhamento de todos esses processos, através do Programa de Apoio Sócio Familiar, para que elas realizem os encaminhamentos dados pelo HU e Conselho Tutelar. Ou seja, a mãe e a avó do paciente (que foi solicitada muitas vezes a comparecer no horário do Serviço Social e não veio) precisam ser orientadas, e esta última deve ser responsabilizada, pelos cuidados da filha e do neto, para que também consigam vislumbrar as mudanças que precisam ser feitas para que o processo de adoecimento seja esgotado. Precisam ter os vínculos familiares fortalecidos e conseguirem refletir sobre a situação, no sentido de viabilizar alternativas para resolução de seus problemas.

A mãe forneceu os seguintes dados para contato: (foram retirados para manter a privacidade do usuário).

Disponíveis para qualquer esclarecimento,

Denise Aparecida Ferreira

Assistente Social – CRESS XXXX

Sabrina Corrêa

Estagiária de Serviço Social



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DIVISÃO DE PEDIATRIA**

DE: Serviço Social  
PARA: AAHU  
DATA: 29/04/10  
MEMO: 24/2010

Ao Sr. Pedro Camacho dos Santos – Presidente da AAHU

Vimos através deste, solicitar, que seja avaliada com apreço a situação do lactente Anderson Gabriel, de 3 meses de idade, filho de Franciele, 14 anos, internado no HU, com alta prevista para a próxima semana, necessitando de leite especial e de alto custo. Sua situação de saúde está relatada na declaração médica em anexo (I), na qual é solicitado o referido leite à Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça, mas já de antemão sabemos, a exemplo de outros casos, que, caso ocorra o atendimento, não será completo. Estejamos envidando todos os esforços e esgotando os recursos possíveis neste sentido.

Quanto à situação social da família do paciente, igualmente estamos encaminhando relato anexo (II), que foi repassado ao Conselho Tutelar, que inclusive já esteve no HU para discutir o caso com a equipe multiprofissional, diante da gravidade do mesmo.

Entendemos que o objetivo da AAHU não seja esse, mas diante de situação tão vulnerável, nos vemos obrigados a recorrer a essa associação, que tantos serviços tem prestado à comunidade menos favorecida, de forma coletiva, então nos perguntamos: Será que não poderia prestar uma ajuda individualizada fornecendo algumas latas a essa criança, para pelo menos garantir-lhe a alta? Enquanto isso o poder público toma outras providências, que, não negamos já deveriam ter sido tomadas há muito tempo.

Obs: o menor preço encontrado da lata do leite alfaré foi de R\$165,00 na farmácia do Sesi.

Agradecendo a atenção dispensada e aguardando resposta

Atenciosamente,

Denise Aparecida Ferreira

Assistente Social – CRESS XXXX

Ramais: 9126 / 9094