



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

GRASIELA LÚCIA DE PINHO

**DIREITO À SAÚDE: REFLEXÃO SOBRE OS SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS AO
PÚBLICO INFANTO-JUVENIL EM FLORIANÓPOLIS/SC**

FLORIANÓPOLIS, 2008/2

GRASIELA LÚCIA DE PINHO

**DIREITO À SAÚDE: REFLEXÃO SOBRE OS SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS AO
PÚBLICO INFANTO-JUVENIL EM FLORIANÓPOLIS/SC**

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

Orientadora: Profa. Dra Catarina Maria Schmickler

Florianópolis, 2008/2

GRASIELA LÚCIA DE PINHO

**DIREITO À SAÚDE: REFLEXÃO SOBRE OS SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS AO
PÚBLICO INFANTO-JUVENIL EM FLORIANÓPOLIS/SC**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi considerado adequado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina e foi aprovado pela seguinte banca examinadora:

Profa. Dra Catarina Maria Schmickler
Orientadora – Presidente da Banca

Profa. Dra Tânia Regina Kruger
1ª Examinadora

Profa. Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão, MS
2ª Examinadora

Florianópolis, fevereiro de 2008.

Às pessoas que sempre acreditaram em mim e me deram força para continuar lutando pelos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, primeiramente, à Deus por ter me agraciado pelo dom da vida.

À minha família por estar ao meu lado, incentivando as minhas decisões.

A meu pai pelo apoio e conselhos dados ao longo de minha vida, e pela participação atenciosa no final de mais uma etapa.

A meu noivo pela paciência e por agüentar minhas crises de existência, agradeço-o também pelas festas e momentos inertes em frente à televisão, fazendo com que este momento fosse mais proveitoso e tranqüilo.

A professora Dra Catarina Maria Schmickler que aceitou mais este desafio e me auxiliou nos momentos mais frustrantes na elaboração deste trabalho.

A funcionária do Departamento de Serviço Social, Rosana Gaio, por ser amiga de todos os acadêmicos, transmitindo todas as informações necessárias para que nós, formandos, não nos preocupássemos com assuntos burocráticos.

As assistentes sociais Marlene Michielin e Mariluse Taboas, que me auxiliaram e contribuíram para meu aprendizado, durante o tempo de estágio.

Aos Assessores do Promotor de Justiça da Infância e Juventude, Cristina e Adalto, por sanarem minhas dúvidas com paciência e me fornecerem todas as informações de que precisava.

Aos meus amigos pelo apoio e o carinho que me deram em todas as fases boas e ruins de minha vida.

Enfim a todas as pessoas que me ajudaram e contribuíram para a realização deste trabalho.

Obrigada!

PINHO, Grasiela Lúcia. Direito à Saúde: reflexão sobre os serviços dispensados ao público infanto-juvenil em Florianópolis/SC. 2008. 74f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Curso de Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social faz uma reflexão sobre os serviços de saúde disponibilizados ao público infanto-juvenil em Florianópolis/SC e a intervenção realizada para o acesso aos serviços de forma universal e equitativa, contando com o auxílio das principais instituições de atendimento à saúde de crianças e adolescentes: a Secretaria de Saúde Municipal e a do Estado. O tema tem como recorte a garantia do tratamento de saúde não padronizado pelo município de Florianópolis ou pelo Estado de Santa Catarina. Objetivou-se evidenciar o conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao acesso, aos procedimentos e à documentação necessária para a garantia dos serviços de saúde para o segmento infanto-juvenil, bem como considerar os instrumentos de trabalho e averiguar as dificuldades apresentadas em todo o processo de atendimento da demanda por saúde. Assim, o trabalho apresenta a trajetória da saúde pública no Brasil e os serviços fornecidos a crianças e aos adolescentes, objetivando considerar o papel da família, do Estado e do Ministério Público na efetivação do direito a saúde infanto-juvenil. O estudo foi realizado através de visitas institucionais à Secretaria Municipal e do Estado da Saúde, bem como foram coletadas informações na Promotoria de Justiça da Infância e Juventude. As visitas realizadas às instituições nos mostraram, não só a falta de conhecimento dos usuários, mas também a falta de informação dos profissionais de saúde sobre os serviços fornecidos pelas instâncias municipais e estaduais, e nos revelaram o quanto cada uma das instituições desenvolve um trabalho isolado. Foi possível perceber alguns problemas nos atendimentos realizados aos usuários que, em sua maioria, são mal encaminhados pelas diferentes instituições de atendimento. As informações prestadas mostraram a necessidade do desenvolvimento, por parte dos profissionais de saúde, de um trabalho interdisciplinar e intersetorial, para melhor atender e encaminhar o usuário que necessita de serviços, principalmente quando estes não estão padronizados pelo município e pelo Estado, cabendo nesta circunstância, auxílio jurídico para serem efetivados. O trabalho também mostra que apesar de a Constituição de 1988 e o ECA garantirem prioridade absoluta no acesso aos serviços de saúde à crianças e aos adolescentes, este não ocorre de forma ampla, ficando por vezes, a criança e o adolescente em filas de espera para conseguir o tratamento ou reféns de processos jurídicos morosos, devido as ações burocráticas. Conclui-se, ainda, que não adianta apenas movimentarmos em favor de novas leis de acesso, pois estas já existem na sociedade, é necessário, acima de tudo, lutar pela capacitação profissional, para que as diferentes áreas de atendimento à saúde infanto-juvenil trabalhem de forma integrada, melhorando o atendimento e facilitando o acesso dos usuários aos órgãos de direito, de forma mais ágil.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde, Criança e Adolescente, Acesso a Direitos

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Sexo dos usuários atendidos pelo Serviço Social	61
Gráfico 02: Atendimentos efetuados de fevereiro à outubro de 2008	62

LISTA DE SIGLAS

- ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente
- MPSC** – Ministério Público de Santa Catarina
- MP** – Ministério Público
- PJIJ** – Promotoria de Justiça da Infância e Juventude
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- CAPS** – Caixa de Aposentadorias e Pensões
- IAPS** – Institutos de Aposentadorias e Pensões
- LOPS** – Lei Orgânica da Previdência Social
- INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social
- SUDS** – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
- AIS** – Ações Integradas de Saúde
- LDO** – Leis das Diretrizes Orçamentárias
- PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica
- SMS** – Secretaria Municipal da Saúde
- SISREG** – Sistema de Regulação On-line
- SES** – Secretaria do Estado da Saúde
- AMA** – Atenção Multidisciplinar ao Adolescente
- HIJG** – Hospital Infantil Joana de Gusmão
- CIASC** – Sistema de Informação e Automação de Santa Catarina
- DIAF** – Diretoria de Assistência Farmacêutica
- TAC** – Termo de Ajustamento de Conduta
- DNCR** – Departamento Nacional da Criança
- SAM** – Serviço de Assistência ao Menor
- LBA** – Legião Brasileira de Assistência
- FUNABEM** – Fundação Nacional de Bem Estar do Menor
- POASF** – Programa de Apoio Sócio Familiar
- PETI** – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
- APOIA** – Aviso por Infrequência Escolar
- APOMT** – Aviso por Maus-Tratos à Criança e ao Adolescente

PLIAT – Plantão Institucional de Atendimento ao Adolescente

SIG – Sistema de Informação Gerencial

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
I – A SAÚDE ENQUANTO DIREITO	12
1.1 – Contextualização da saúde pública: a construção de um caminho para cidadania	12
1.2 – Política de Saúde: os serviços direcionados ao público Infante-juvenil	23
II – CRIANÇA E ADOLESCENTE: CONSTRUÇÃO DE UMA HISTÓRIA NA SAÚDE	30
2.1 – A construção de uma história infante-juvenil na saúde	30
2.2 – Do Código de Menores ao Estatuto da Criança e do Adolescente: meias verdades na trajetória ao direito à saúde	37
2.3 – O papel da família na efetivação dos direitos à saúde de crianças e adolescentes	40
2.4 – Saúde pública como dever do Estado e obrigatoriedade do Ministério Público: origens e evolução histórica	43
III – A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE	48
3.1 – A intervenção do Serviço Social na Promotoria de Justiça da Infância e Juventude: uma história recente	48
3.2 – Caracterização dos usuários do Serviço Social na Promotoria de Justiça da Infância e Juventude da Capital	53
3.3 – Dos serviços oferecidos ao público infante-juvenil	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIA	68
ANEXOS	74

APRESENTAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social faz uma reflexão sobre os serviços de saúde disponibilizados ao público infanto-juvenil em Florianópolis/SC e a intervenção realizada para o acesso aos serviços de forma universal e equitativa, contando com o auxílio das principais instituições de atendimento à saúde de crianças e adolescentes: a Secretaria de Saúde Municipal e a do Estado. O tema que desenvolvemos tem como recorte a garantia do tratamento de saúde não padronizado pelo município de Florianópolis e pelo Estado de Santa Catarina.

Na nossa experiência de estágio enquanto acadêmica de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC – realizado no período de 01/02/2007 à 14/12/2008 na Promotoria de Justiça da Infância e Juventude na Comarca de Florianópolis – observamos que os serviços de saúde são a principal solicitação dos usuários. Constatamos que, apesar de uma gama de direitos relacionados à saúde estarem constitucionalmente reconhecidos, estes, por muitas vezes, não são efetivados como deveriam, mostrando-nos o quanto a área jurídica pode ser essencial para a garantia dos direitos humanos. No decorrer dos atendimentos prestados aos usuários na referida Promotoria de Justiça observamos, outrossim, o quanto a demanda pela saúde é dependente de burocracia e o quanto o usuário é mal informado sobre seus direitos, prejudicando, desta forma, o acesso aos serviços de saúde.

Para melhor compreensão e apresentação do nosso estudo, o trabalho foi dividido em três sessões. A primeira sessão intitulada “A Saúde enquanto Direito” delimita a história da saúde enquanto marco legal de direito, revelando os avanços e retrocessos das políticas de saúde efetivadas ao longo das transformações mundiais, as conseqüências históricas na construção de uma saúde equitativa e a formação de uma saúde tardia no Brasil. Buscamos verificar as mudanças realizadas no sentido de proporcionar uma saúde de acesso igualitário e universal a todos os cidadãos, independentemente de situação financeira e social, tendo como parâmetro as Constituições Federais do Brasil, os Códigos de Menores e o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Após contextualizarmos a saúde no Brasil, procuraremos abordar o tema central do Trabalho, ou seja, a saúde infanto-juvenil e os serviços existentes para

este público em nosso contexto atual, o que nos proporcionou um conhecimento amplo sobre o tema abordado.

Buscando tornar o assunto do trabalho mais compreensivo ao leitor, a segunda sessão aborda a trajetória histórica da criança e do adolescente e o papel da família na efetivação de seus direitos enquanto cidadãos. Abordamos nesta sessão também, o papel da família na efetivação dos direitos infanto-juvenis e a responsabilidade do Estado e do Ministério Público quanto à efetivação dos serviços e ao acesso aos direitos à saúde. Assim, o Ministério Público, através da Promotoria da Infância e Juventude, aparece como órgão defensor dos interesses individuais e coletivos, manifestando-se como protetor dos direitos infanto-juvenis nas diversas instâncias, principalmente na defesa da saúde e da vida.

A terceira sessão relata o papel do Serviço Social na Promotoria de Justiça da Infância e Juventude, mostrando sua intervenção na defesa da saúde da criança e do adolescente, as orientações prestadas aos familiares e os encaminhamentos prestados a estes pelas instituições que os atendem.

O Assistente Social concebe o usuário como cidadão de direito, situando-o como parte da história, mostrando-lhe os direitos sociais e os caminhos a serem seguidos para efetivá-los. Desta forma faz-se necessário considerar seus instrumentos de trabalho e averiguar as dificuldades apresentadas em todo o processo de atendimento da demanda por saúde.

Colocamos neste último item as informações coletadas no decorrer do nosso estágio, relatando os serviços prestados a estas famílias pela Secretaria de Saúde do município e do Estado, considerando nesta etapa algumas reflexões e análises sobre o atendimento e o encaminhamento prestado ao usuário que necessita de serviços que ainda não estão padronizados.

Por fim, apresentamos a conclusão do nosso Trabalho, com reflexões críticas sobre a forma de atendimento prestado pelos profissionais de diferentes setores da área da saúde e mostramos o quanto é necessário o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar e intersetorial para garantir, de maneira plena, a efetivação dos direitos à saúde infanto-juvenil. Assim, possibilitamos uma discussão sobre a intervenção profissional junto aos usuários, sensibilizando os profissionais que atuam com os

direitos à saúde e à vida, mostrando o necessário protagonismo da família no processo de efetivação e recuperação da saúde infanto-juvenil.

I - A SAÚDE ENQUANTO DIREITO.

1.1 – Contextualização da saúde pública: a construção de um caminho para a cidadania.

Em sua contextualização histórica, o termo saúde movimentou uma discussão, a qual objetivava assegurar à sociedade o acesso aos serviços de maneira ampla e igualitária, o que acarretou discussões que modificaram e marcaram a história da saúde no Brasil.

Rosen (1994) e Ribeiro (1993) estabelecem que o surgimento de um conceito amplo de saúde é datado ao nascimento do mercado do trabalho, sendo este um período marcado pela imposição de interesses divergentes entre classe dominante e classe trabalhadora. Nesta perspectiva salienta-se que as heranças herdadas pelas práticas de saúde no Brasil são perpassadas e repassadas pelos traços culturais de cada governo. No entanto, práticas de saúde percorrem toda a nossa história, em diferentes intensidades à medida que ocorrem os embates políticos e econômicos entre sociedade civil e Estado.

Foucault (1993) revela que a medicina praticada na era medieval inspirava-se em práticas individualistas, discretas e limitadas, contrariando o que muitos críticos da época explanavam, já que estes consideravam que a medicina medieval era de “caráter social, coletiva e não centrada sobre o indivíduo” (idem, 1993, p.79).

Com o declínio de Roma (500-1500 a. C) e com as invasões bárbaras, vários impérios vieram a cair, estabelecendo uma nova cultura política e econômica, baseada na destinação divina. Nesse período, considerado como da “Idade das Trevas¹”, as

¹ Período referente a pré-história grega, iniciada através das invasões dóricas. “A Idade Média” foi compreendida como uma época de retrocesso, de atraso intelectual, científico e cultural. Uma época em que o domínio da fé obscureceu as “luzes” da razão e emperrou o progresso. Ao longo de vários séculos após o término da Idade Média, o termo foi cada vez mais visto de forma “pejorativa”, chegando a ser fortalecido ainda mais por um outro conceito mais forte de: “Idade das Trevas” (FILOSOFOLIONESSANTOS, 2007).

doenças eram tratadas pela fé cristã, o que misturava práticas medicinais (ervas, plantas) com questões de apego ao divino.

[...] as pessoas com problemas de saúde recorriam à oração e invocavam santos. Mas sendo o corpo o vaso da alma, era necessário fortalecer fisicamente, para que pudesse resistir às investidas do demônio. Entre esses limites se moviam a higiene e a saúde pública. (ROSEN, 1994, p.53)

As igrejas realizavam o papel educador, transformando a saúde em regras de higienização comunitária (ROSEN, 1994). As ações desenvolvidas na época baseavam-se em questões sanitárias, fazendo-se acreditar que o melhoramento sanitário da cidade erradicaria os problemas referentes à saúde do povo, desta forma, as atividades desenvolvidas focavam: o fornecimento de água limpa; a limpeza das ruas - tendo em vista que muitos habitantes criavam animais na cidade – e a inspetoria da comida fornecida.

Nesse período, de muitas epidemias, nasceu a quarentena², método de extrema importância e de uma elevada contribuição à prática de saúde, sendo ainda utilizada nos tempos atuais.

Assim, constata-se que as práticas de saúde proporcionadas neste período não eram desenvolvidas através de organização institucional, tampouco eram estabelecidas de forma eficiente, sendo suas atribuições direcionadas ao cuidado individual, com atividades fragmentadas e focalizadas em ações de combate a propagação de epidemias, utilização de ervas e curandeiras, sem uma instituição própria para o tratamento do doente (FUNASA, 2004).

Na Idade Moderna (1500-1750) não houve transformações significativas na prática de saúde, voltando suas ações à higienização da sociedade como meio de evitar a proliferação de doenças. As crenças religiosas como meio de cura ainda perduraram nesse período, em que se consideravam as pestes como castigos divinos.

A comunidade era responsável pela saúde pública, ficando ao Estado “a organização e a execução das intervenções agressivas ou defensivas quando a

² A quarentena baseava-se no método de isolar as pessoas e objetos suspeitos e estranhos por um período de 40 dias sob condições rigorosas, com o objetivo de evitar a entrada das pestes nas comunidades, até se ter certeza de que não estavam doentes. A quarentena baseava-se na crença, generalizada nos séculos XIII e XIV, de ser o quadragésimo dia o da separação entre as formas agudas e crônicas das doenças. (ROSEN, 1994)

localidade fosse invadida por uma moléstia epidêmica” (RIBEIRO, 1993, p.47), retirando, desta forma, a responsabilidade do Estado em meio às demandas existentes e a minimização de seus gastos com as políticas sociais.

Enquanto a gestão de governo nos países ocidentais buscava melhorar as práticas de saúde pública para a população, no Brasil, as primeiras práticas em saúde só começaram a ser esculpidas em 1808 com a chegada da Coroa Portuguesa ao Brasil, forçando a corte a construir uma estrutura sanitária mínima. Dom João VI criou em 27 de fevereiro de 1808 o cargo de Provedor – Mor de saúde da corte, o Físico-Mor e o Cirurgião Mor (FUNASA, 2004).

A municipalização dos serviços de saúde e a inspeção de saúde pública foram legalizadas em 1828 e suas práticas tramitavam para os serviços higienistas e de ordem epidêmica, não representando, em seu quadro histórico, mudanças até o fim do período da República (1889-1930) (FUNASA, 2004).

O Estado caminhava cada vez mais na direção de um governo centralizado, e buscava o fortalecimento do poder através de contratação de mão-de-obra, de modo a constituir riquezas. O crescimento ocorreu com a industrialização e a vinda de mão-de-obra do campo para a cidade, modificando toda a estrutura da sociedade e suas preocupações com a saúde pública, já que o trabalhador passou a ser considerado o centro da riqueza do Estado, sendo este último responsabilizado pela saúde do povo.

O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil até o século XX se orientou por critérios pragmáticos definidos pelos interesses das classes dominantes voltados para amparar os modelos impostos pela economia agro-exportadora, e a manutenção da força de trabalho através de práticas sanitárias e moralistas, sendo que a medicina era uma prática de exclusão.

Em 1892 foi criada a organização dos serviços de saúde pública através da Lei nº 43, que legitimou as práticas sanitárias como um modelo hierárquico brasileiro.

As campanhas sanitárias³ (Sanitarismo campanhista) foram a solução encontrada para o controle da saúde pública em tempos urbanos que pretenderam “resolver o

³ Modelo de atenção em saúde orientada predominantemente para o controle de endemias (doença particular a um povo ou a uma região por motivo de causa local) e generalizações de medidas de imunização (WESTPHAL; ALMEIDA, 2001).

problema das doenças mediante a interposição de barreiras e a execução de atividades nas comunidades e nas cidades, por meio de sistema repressivo de intervenção no corpo individual e social” (MENDES, p. 47). Um dos maiores sanitaristas brasileiros foi Oswaldo Cruz, nomeado Diretor-geral de saúde pública em 1903.

Os serviços praticados ficaram subordinados à Secretaria de Estado, que instituiu em 1894 o primeiro Código Sanitário, constituído por 520 artigos que reuniam as normas de higiene e de saúde pública. Foi sobre estas circunstâncias que surgiu a expressão “polícia sanitária”, pelo fato de a fiscalização ser tão rigorosa na época.

Com o crescimento acelerado da industrialização brasileira as práticas higienistas passaram a ser insuficientes e por vezes ineficazes, já que o montante da massa operária elevou-se consideravelmente com o deslocamento do espaço rural ao ambiente urbano, necessitando de atendimento mais amplo no sistema de saúde (MENDES, s.d).

A partir de 1923 com a Lei Eloy Chaves, foram instituídas as caixas de aposentadorias e pensões – CAPs – organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários (1% da renda) e trabalhadores (3%), por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tendo como função a prestação de benefícios e assistência médica. A primeira CAPs, foi instituída pelo decreto nº 4.682, beneficiando os trabalhadores da estrada de ferro, sendo estendida, tempos mais tarde, a outras categoria profissionais (UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTO GESTÃO EM SAÚDE, 2005).

As constantes mudanças societárias proporcionadas pelo processo intensificado da industrialização, através das lutas operárias por melhores condições de trabalho (redução da jornada de trabalho, proibição do trabalho infantil, melhor salário, entre outras), e conseqüentemente, pelos direitos sociais societários, entre eles a saúde, reduziram aos poucos as campanhas sanitaristas, fazendo aparecer na sociedade o atendimento assistencialista, concebido pela Previdência Social. Kruger (2005, p. 32) afirma que “as transformações das práticas de saúde acontecem como forma de controlar e integrar o crescimento demográfico ao desenvolvimento da produção e também como forma de manter e conservar a força de trabalho” mas, apesar desta

realidade, a população sai do anonimato e começa a interagir de forma substancial perante as políticas sociais.

Assim, no governo populista da década de 1930, as estruturas das CAPs foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizados por categorias profissionais, o que atingiu maior número de trabalhadores, mas reduziu os benefícios concedidos pelo CAPs. Este método passou a estimular compras de serviços de assistência hospitalar, reduzindo os gastos com a saúde pública e desobrigando o Estado em suas responsabilidades (UNIDAS, 2005). Aos pobres restavam os atendimentos nas santas casas de misericórdia e as instituições filantrópicas. Durante 20 anos – 1940-1960 - os serviços de assistência basearam-se nessas três formas de atendimento: CAPs; IAPs e Serviços assistencialistas filantrópicos.

“O período republicano, desta forma, incorporou a saúde como uma atividade estatal, embora de maneira assistemática e não como política social” (KRUGER, 2005, p. 39), limitando-se a responder as demandas trazidas pelo capitalismo brasileiro, constituído na sociedade de forma excludente e desigual.

Em decorrência das grandes deficiências e disparidades encontradas (controle do orçamento por parte do governo militar) nos diferentes IAPs, estes foram uniformizados e transformados em Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, através da instituição da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), criada em 1960 (Lei nº 3.807). Este novo Instituto regulamentava as concessões e compras de serviços do setor privado, as formas de convênio, as formas de pagamentos e financiamentos de entidades fornecedoras de serviços à saúde (FUNASA, 2004).

A LOPS é uma instituição pública que tem como objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus assegurados ativos e contribuintes da Previdência Social, de modo a auxiliá-los nas eventuais incapacidades laboriais, seja pela doença, invalidez, idade avançada, desemprego, maternidade, garantindo-lhes uma renda mensal.

Esses momentos históricos, marcados por grandes transformações capitalistas fizeram com que o estabelecimento do novo sistema não vigorasse, pelo contrário, o Estado procurava cada dia mais diminuir sua parcela de contribuição, “permanecendo estranho, alheio e distante da sociedade” (KRUGER, 2005, p. 40).

Forma-se nesse período um momento limitado nas práticas de saúde pública, caracterizando o Estado Brasileiro a partir de 1930 como um Estado de “desenvolvimentismo conservador” (KRUGER, 2005, p. 41). Em 1974, durante o regime militar, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS foi criado, desmembrando o então estabelecido Instituto Nacional de Previdência Social - INPS (hoje INSS). O regime militar privilegiou a rede de atendimento do setor privado, como estratégia de conter gastos ao mesmo tempo em que pretendia oferecer serviços de saúde à população “rica” da sociedade, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde.

Apesar de o Estado procurar minimizar e privatizar as políticas sociais através de um consentido conformismo social, o povo passou a ser observado de uma maneira diferente pela camada dominante, não mais como força de trabalho, mas sim, com um olhar direcionado à força política e de mobilização da classe trabalhadora.

Durante a década de 1970, o regime militar começa a apresentar sinais de esgotamento, iniciando um processo de transição para o período de redemocratização brasileira, proporcionado pela intensa movimentação social, que buscava a ruptura do sistema conservador, assim como uma nova ordem social plena de direitos sociais, e a viabilização de um sistema público de saúde eqüitativo. A saúde começa a ser amplamente discutida, e em seu encalço as políticas sociais vão sendo reformuladas e reivindicadas pela camada da população, formando assim as bases para o Movimento Sanitário no Brasil.

Em 1977 cria-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, que não foge muito dos sistemas anteriormente desenvolvidos, um sistema de proteção clientelístico, paternalista e discriminatório, que funciona com base numa política de favores (COHN, 2003), atendendo a população ativa e contribuinte da Previdência Social, configurando-se, assim, em um sistema de exclusão social.

Até foram tentadas formas de financiamento para aliviar o rombo financeiro que os sistemas anteriores impuseram à Previdência Social (direcionava-se recursos da saúde ao desenvolvimento industrial), através da criação do Fundo de Apoio do Desenvolvimento Social (FAS), nos anos 1970, e o Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), nos anos 1980, mas a lógica que vinha regendo a política de proteção

social no Brasil não apresentou mudanças profundas, e a efetivação de direitos sociais não foi concebida constitucionalmente (COHN, 2003).

Nesta conjuntura de crise econômica, em que o objetivo central é conter gastos e despesas, surge a proposta das ações integradas de saúde – AIS (1983), que institucionalizaram uma nova relação entre a Previdência Social e os setores públicos de saúde, constituindo-se em

Um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas-preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários. (POLIGNANO, 2006, p. 20 apud KAZLOWSKI, 2008, p. 19).

Nessas circunstâncias, a década de 1980 marcou o país sob dois ângulos: o primeiro faz referência à crise do sistema capitalista e conseqüentemente a desregulamentação dos direitos sociais previstos pela Previdência Social, minimizando as investidas do Estado e suas responsabilidades; o segundo refere-se ao período de transição democrático brasileira, representado pela eleição de Tancredo Neves, marcando o fim do regime militar, e o começo de uma discussão ampla sobre a área da saúde, proporcionada pelas “Diretas Já⁴” em 1985.

Paralelamente intensificam-se os movimentos de crítica ao modelo de saúde vigente, sendo acompanhados pelo movimento sanitarista iniciado nos anos de 1970-1980. O Movimento da Reforma Sanitária “contou com a liderança dos intelectuais da área da saúde coletiva, congregando estudiosos da saúde pública e da medicina social, e de profissionais do setor público dos serviços de saúde” (COHN, 1991, p. 22).

A mobilização sanitarista propunha-se a resgatar e viabilizar a saúde como direito do cidadão, levando suas demandas ao reconhecimento da constituinte, reafirmando que:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

⁴ "Diretas Já" foi um movimento civil de reivindicação por eleições presidenciais diretas no Brasil ocorrido em 1984. O movimento agregou diversos setores da sociedade brasileira. Participaram inúmeros partidos políticos de oposição ao regime ditatorial, além de lideranças sindicais, civis, artísticas, estudantis e jornalísticas". Disponível em: www.wikipedia.org, Acesso em 12/09/2008.

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art.196).

No tocante a esta perspectiva a saúde ganhou outros direcionamentos, adquirindo novas condicionantes: o meio físico, o meio sócio-econômico e cultural. O movimento objetivou combater questões referentes à centralização política de saúde e a privatização da mesma, buscando com isso efetivar um Sistema de Saúde Unificado voltado à universalização do sistema público de saúde, a expansão dos programas de prevenção e de atenção primária à saúde e o fortalecimento de formas de controle e participação societária nas políticas de saúde (KRUGER, 2005).

Assim a saúde passa a se configurar através de um novo aparato social, que vai além do conhecimento e da prática médica até então estabelecida, fazendo parte de um processo histórico social. Cabe salientar que a nova concepção de saúde⁵ estabelece uma ligação entre os indicadores de bem-estar societário e os limites impostos pelo sistema capitalista vigente, abrangendo condições de moradia; lazer; cultura; bem-estar físico, social e mental; educação; transporte; acesso aos bens e serviços que remetam a uma vida digna. Esta nova concepção inseriu-se na pauta de discussão societária e serviu de embasamento para a discussão e realização da VIII Conferência Nacional da Saúde em 1986, marco legal na efetivação das demandas e questionamentos voltados à saúde no Brasil.

Antes da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e, conseqüentemente, da promulgação da Constituição Federativa do Brasil de 1988, a saúde, como já mencionado, era entendida como estado de bem-estar físico e mental livre de doenças. Suas ações eram intervenções assistencialistas e curativas, negligenciando ações de âmbito preventivo e coletivo.

⁵ a) a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado; b) a relevância pública das ações e serviços de saúde; c) a universalidade da cobertura e do atendimento, tendo como princípio a equidade da assistência; d) a descentralização da gestão administrativa com garantia de participação comunitária; e) a integração da rede pública de serviços num sistema único; f) a possibilidade de participação complementar do setor privado de serviços no sistema público de saúde; g) o co-financiamento dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; h) a direção única nas esferas de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios); i) a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e de fatores que determinam e condicionam o estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo. (SOARES; PONTES; JUNIOR, 2000).

A Conferência contou com a participação de quatro mil e quinhentas pessoas, introduzindo a sociedade nas discussões da saúde e, pela primeira vez, as entidades representativas: sindicatos; partidos políticos; associações de profissionais e moradores puderam participar de forma mais dinâmica. O resultado das discussões realizadas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde estabeleceu um consenso político e a conformação do Projeto da Reforma Sanitária, que introduziu como principal característica um conceito abrangente de saúde.

O Relatório Final da VIII Conferência legitima a saúde como sendo “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. (BRASIL, 1986)

A mudança de paradigma na forma de pensar e praticar as ações de saúde no Brasil possibilitou em 1987, sob a lógica da VIII Conferência Nacional de Saúde, o aparecimento do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), “consolidando a proposta de descentralização como única alternativa para a constituição de um sistema de saúde adequado às reais necessidades da população” (COHN, 2003, p. 47).

Surgida através do decreto n° 94.657, o SUDS⁶ tinha como objetivo “contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo da AIS⁷” tendo como foco principal:

A universalização e a equidade no acesso ao serviço de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços de saúde, descentralizações das ações de saúde, implementação de distritos sanitários, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos. (NORONHA et al; 1994, p. 88).

Esse longo processo de luta pela efetivação de uma saúde pública equitativa, culminou posteriormente com a proclamação da nova Constituição Federativa Brasileira em 1988, propiciando a abertura de uma considerável gama de direitos sociais

⁶ Leitura complementar sobre o SUDS pode ser encontrada em: GUIMARÃES; TAVARES (1994) p. 88-97.

⁷ A política de Ações Integradas de Saúde (AIS) foi implantada em 1983. Estas se constituíram como estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde. (NETO; TERRA; CUTAITE. sd).

amplamente reivindicados e constantemente discutidos (BRAVO, 2001). Com o advento da Constituição de 1988 a saúde obteve ampliação social, fazendo parte do tripé da seguridade social (articula os direitos da Previdência, da saúde e da assistência), tornando-se um direito universal, igualitário e equitativo, garantido pelo Estado através de políticas públicas sociais.

Como resultado desta luta (Reforma Sanitária, VIII Conferência Nacional e a promulgação da Constituição Federal em 1988), que teve início nos anos de 1970, foi editada em 1990 a Lei n° 8.080 – Lei Orgânica da Saúde e a Lei n° 8.142. Esta última, define a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde. As referidas Leis tem como objetivo regulamentar o Sistema Único de Saúde, visando alterar a situação de desigualdade estabelecida na assistência á saúde da população, como mostra o Art.7°:

O sistema defende e impõe a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral; igualdade da assistência à saúde; direito a informação; divulgação das informações; participação comunitária; descentralização político-administrativa com direção única a cada esfera do governo; integração; conjugação dos serviços financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; e organização dos serviços públicos. (BRASIL, LEI N° 8.080).

Carreirão (2002) relata, ainda que, para garantir a efetividade do SUS é necessária a atuação das entidades gestoras no estabelecimento das diretrizes doutrinárias. Estas entidades estão localizadas em cada esfera de governo, sendo os gestores do “município, representados pelas Secretarias Municipais de Saúde ou pelas Prefeituras; os gestores do Estado representado pela Secretaria de Estado da Saúde e os gestores no nível federal representados pelo Ministério da Saúde” (idem, 2002, p. 47).

O “financiamento público da saúde encontra-se vinculado ao orçamento da Seguridade Social, sendo o seu detalhamento previsto pela Lei das Diretrizes Orçamentárias - LDO, aprovada pelo Congresso Nacional”. (ELIAS, 2003, p.97), o que enfatiza a importância de uma participação e atuação das entidades gestoras e da população deste processo.

Pode-se constatar que o maior desafio da concretização do SUS no Brasil perpassa a ordem financeira e as formas de reorganização do setor na repartição entre o público e o privado, que aparecem mistificados entre ideologias que pendem para a banalização dos serviços públicos e a qualificação dos serviços privados.

Nessa perspectiva podemos observar que o Sistema Único de Saúde – SUS, apesar das leis que o regem (Lei 8.080 e Lei 8.142), encontra-se em um processo em constante construção e estritamente ligado às transformações societárias, ficando, em muitas vezes, grande parcela da população marginalizada e com o acesso limitado aos serviços de saúde fornecidos pelas políticas sociais vigentes.

Os serviços na área da saúde propostos pela ação governamental, contraditoriamente, têm como objetivo central atender a maioria da população nas suas necessidades básicas. Assim, a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, relaciona o atendimento das necessidades básicas aos mínimos sociais⁸ providos pela Seguridade Social, integrados em ações de iniciativa pública e societária. (PEREIRA, 2002).

Essa questão é preponderante na área jurídica, uma vez que, em sua maioria, as políticas sociais existentes estão direcionadas a atender as necessidades mínimas da população, visando cada vez mais, a desresponsabilização do Estado perante suas demandas (PEREIRA, 2002).

Este cenário de desresponsabilização do Estado “penalizou as camadas sociais menos privilegiadas, aumentando a desigualdade e determinando um nível de saúde digno de um país com economia atrasada, onde os serviços de saúde são ausentes ou são incapazes de fazer frente às demandas e necessidades da população” (FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO, 1991, p. 45).

Nesta perspectiva, encontramos as políticas sociais de atendimento à saúde num terreno conflitivo e contraditório, haja vista que as ações impostas hoje vão de encontro às premissas assumidas pelo Estado na Constituição de 1988, já que este, através de incentivos fiscais, repassa aos setores privados a responsabilidade do atendimento à saúde da população (NOGUEIRA et al, 2001, p.48). Desta forma;

⁸ O termo mínimo, segundo Potyara, refere-se à supressão e cortes de atendimentos. Potyara estabelece uma divergência entre os significados de mínimos e básicos (pressupõem investimentos sociais de qualidade), argumentando que só haverá provisões de mínimos se houver necessidades básicas a satisfazer.

Os seguros privados de saúde se constituem no “setor emergente”, expressão máxima da mercantilização da saúde. Trata-se de um setor duplamente beneficiado. De um lado pela política de desmonte do SUS que expulsa a clientela potencial para esses seguros; de outro ele é privilegiado por um financiamento direto e indireto através de subsídios e isenções fiscais, o que tem representado um enorme desvio de recursos para este setor. (NOGUEIRA, 2001, p. 56).

Esta nova demanda, contrapõe as premissas estabelecidas pela Lei n° 8.080 – SUS a qual explicita, no Art. 2º, que o “Estado tem o dever de garantir a saúde, através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário”.

Apesar de contarmos com leis garantidoras e protetivas, o que presenciamos em tempos atuais são políticas fragmentadas de atendimento à saúde, o que nos faz reviver no presente, políticas sociais implementadas em épocas passadas (clientelismo, corrupção, etc). Podemos constatar tal retrocesso, quando observamos as diferentes estratégias formuladas para pontuar e corromper o acesso igualitário proposto pelo SUS, tais como: vendas ilegais de serviços, desvios de verbas e abusos dos mais diferentes tipos, mostrados pelos canais telecomunicativos (televisão, rádio, jornais, revistas), entre outros.

Estas questões aparecem em nosso cotidiano por diversos motivos e podemos citar alguns, já indiretamente apresentados no corpo textual deste trabalho, tais como: baixo financiamento; baixo repasse de verbas para os serviços de saúde; desvalorização dos serviços públicos e, conseqüentemente, dos profissionais da rede; falta de informação tanto dos profissionais quanto dos usuários da rede de saúde sobre os direitos dos usuários; entre outros.

Desta forma o SUS representa um paradoxo no sentido de que, apesar de apresentar mudanças significativas no quadro da saúde e dos direitos sociais, este se encontra num período de consolidação, em que a organização do setor e a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços constituem o principal desafio. Assim, embora os resultados obtidos sejam bons (comparados aos serviços prestados antes da Constituição de 1988), ainda são necessárias ações do poder público e da mobilização

societária para combater a iniquidade nos serviços e proporcionar novas formas de financiamento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Ante o exposto faz-se necessário repensar a equidade e o direito à saúde; as desigualdades sociais da sociedade brasileira e às representações e mobilizações societárias em prol da saúde, dos serviços de saúde em termos não só de qualidade, mas do acesso e disponibilidade ao usuário, principalmente quando pensamos nos serviços disponibilizados ao público infanto-juvenil, por este ser um dos mais afetados.

1.2 – Política de Saúde: dos serviços direcionados ao público Infanto-juvenil.

O Movimento da Reforma Sanitária e a VIII Conferência de Saúde proporcionaram um novo paradigma às políticas públicas de saúde, viabilizando a inserção de reivindicações e demandas, não só dos trabalhadores, mas de toda sociedade no plano participativo.

Não obstante, temos que salientar que, as políticas públicas de saúde infanto-juvenil assim como as políticas de saúde pública em geral, problematizadas até aqui, entraram em pauta durante o processo de industrialização brasileira. Até então, o que se desenvolvia era uma política assistencialista e epidemiológica, que não prestigiava a saúde da criança e do adolescente de forma diferenciada. (CARREIRÃO, 2002).

Com a regulamentação da Constituição Federativa do Brasil em 1988, a saúde infanto-juvenil passa a ser tratada de maneira individualizada, estabelecendo em seu artigo 227 que:

é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1988)

Para atingir os objetivos propostos pela Constituição com relação à efetividade dos atendimentos realizados ao público infanto-juvenil, o presente artigo trata, ainda, em seu parágrafo 1º, inciso I e II, que é necessária “a aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil; e a criação de programas

de prevenção e atendimento especializado”, o que não ocorre de maneira ampla e efetiva.

Em Florianópolis os serviços de saúde oferecidos ao público infanto-juvenil estão ligados aos recursos destinados à Política Nacional de Atenção Básica⁹ (PNAB), reafirmada anualmente de acordo com os objetivos propostos pelo Ministério da Saúde. Assim, “a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e deve se constituir como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 7).

As políticas e diretrizes do PNAB são reavaliadas anualmente através dos Pactos pela Vida, colocando a família como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. Os Pactos referem-se a um conjunto de reformas institucionais proposta ao SUS, pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estado e Município), com o objetivo de prover inovações nos processos e instrumentos de gestão, definindo as responsabilidades de cada gestor, de modo a alcançar maior eficiência e qualidade nos serviços. Sua ação orienta-se pelos “princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 12).

O Programa Saúde da Família, desenvolvido pelo PNAB, distribui atividades e funções nos diferentes níveis de governo: ao *Município* cabe inserir o programa na rede de serviços na região, definir os Planos de Saúde (objetivos, metas e mecanismo de acompanhamento) e capacitar os profissionais das equipes de saúde. As *secretarias Estaduais de Saúde* estão responsáveis por estabelecer, no Plano de Saúde estadual, metas e prioridades para a saúde familiar e pactuar com a Comissão Inter-gestora Bipartite¹⁰ sobre estratégias, diretrizes e normas de implementação e gestão de saúde na família, analisar e consolidar as informações enviadas pelo município referentes a implementação do programa e encaminhá-las ao Ministério da Saúde, de modo a

⁹ A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

¹⁰ Foi criada pela Norma Operacional Básica – NOB de 1993, como fórum de pactuação entre gestores estaduais e municipais. É composta igualmente de forma paritária e integrada por representação do Estado e do Município e as decisões serão tomadas por consenso. (LEDO, 2008. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/cib/, acesso em 20/12/2008).

liberar os incentivos financeiros federais ao município, monitorar e controlar a utilização dos recursos disponibilizados aos municípios, prestar assessoria técnica aos mesmos e acompanhar, monitorar e avaliar as estratégias desenvolvidas no programa. Compete, ainda, ao *Ministério da Saúde* garantir fonte de recursos; definir e rever as diretrizes e normas do programa de forma pactuada com a Comissão Tripartite¹¹, apoiar a articulação de instituições, para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais da saúde familiar.

Em Florianópolis-SC – no âmbito desta política – as ações desenvolvidas ao público infanto-juvenil, são propostas e efetivadas através dos programas específicos adotados pela Secretaria Municipal de Saúde, já que as atividades empregadas pelo PNAB englobam diferentes áreas de ação, tais como: saúde do idoso, saúde da mulher, tabagismo, saúde mental, saúde da criança, entre outros.

As ações desenvolvidas em prol da saúde da criança e do adolescente na Secretaria Municipal de Saúde são efetuadas através do Programa “Capital Criança”, que desenvolve atividades visando garantir os primeiros cuidados à criança e a implementação de sua saúde através de parcerias com instituições privadas, visando assegurar seus direitos à saúde e à vida.

Cabe também a Secretaria Municipal de Saúde, fiscalizar e controlar o fornecimento de medicamentos disponibilizados nas unidades de saúde locais. A liberação da medicação é fornecida mediante receita médica apresentada pela família da criança na unidade local, desde que o referido medicamento esteja padronizado pela Secretaria de Saúde do município. Em casos de não padronização do medicamento, a demanda é encaminhada à Secretaria do Estado da Saúde.

Desta forma os cuidados com a saúde infanto-juvenil ofertados pelas Secretarias Municipais são desenvolvidos no âmbito das Unidades Locais de Saúde, através do acompanhamento médico, registrado e organizado pela Caderneta de saúde da criança (entregue no dia do seu nascimento) até dois anos de idade. Após este período o

¹¹ É integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde - CONASS - e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS. Tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.

atendimento é feito à medida que alguma irregularidade (sintomas que visualizem mal-estar) é percebida na criança ou no adolescente.

De modo a viabilizar a saúde infantil as unidades de saúde desenvolvem dois programas, que procuram garantir à criança qualidade de vida. Esses programas são realizados sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de saúde –SMS e trata de programas excludentes que estão em desacordo com a Lei 8.080, qual seja:

1. *Hora de comer:* direcionado a crianças até 5 anos de idade com baixo peso. Trata-se do fornecimento de uma cesta básica repassada a família, mediante comprovação médica.
2. *Programa do Leite:* direcionado a crianças até 2 anos de idade com baixo peso. Não é necessária a comprovação de renda.

As ações desenvolvidas pelo Capital Criança englobam crianças com faixa etária de 0 a 10 anos de idade, inserindo os adolescentes nos atendimentos emergentes, suprimindo suas necessidades na medida em que elas vão ocorrendo, sem uma ação específica de proteção a este público.

Apesar dos programas desenvolvidos a demanda não é totalmente suprida pela SMS, já que crianças e adolescentes permanecem em filas de espera para marcação de consultas ou realização de tratamentos, que podem demorar meses ou até anos. Os sistemas da rede encontram-se estrangulados devido ao aumento populacional, das questões sociais e a falta de determinados especialistas na rede, obrigando o sistema providenciar parcerias com instituições particulares.

A SMS conta, ainda, com o auxílio de um Sistema de Regulação On-line – SISREG, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. Através do preenchimento on-line de um cadastro, a consulta é disponibilizada de forma integrada pelas próprias policlínicas, mas este recurso somente disponibiliza serviços que estão padronizados pela rede.

Com relação aos serviços disponibilizados pelo Estado à saúde infanto-juvenil, este não oferece de maneira ampla a efetivação dos direitos constitucionais. A Secretaria

Estadual de Saúde possui uma repartição gerencial direcionada a saúde da criança e do adolescente, que tem por função assessorar a implementação dos programas e ações do município, através de capacitações e ações de alimentação e nutrição.

O programa de saúde infanto-juvenil disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) funciona como um programa de incentivo (sem repasse financeiro). Assim não há recursos específicos, mas sim ações desenvolvidas no âmbito dos Programas de Atenção Básica.

A SES é auxiliada por um sistema de informação e automação – CIASC, que regula a liberação de consultas de alta e média complexidade às unidades de saúde. O tempo útil de espera delimita-se entre 2 a 3 anos, o que obriga ao usuário a recorrer outras possibilidades de ação¹².

Em seu projeto de intervenção ao público adolescente, este conta com um Programa de Atenção Multidisciplinar ao Adolescente – AMA¹³ desenvolvido nas dependências do Hospital Infantil Joana de Gusmão - HIJG. O referido projeto foi implantado no HIJG no ano de 2008 e tem por objetivo o atendimento ambulatorial numa perspectiva interdisciplinar de modo a viabilizar a promoção, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do adolescente. As ações desenvolvidas respaldam: orientações aos familiares e aos adolescentes sobre o estado de saúde clínico e psicológico destes; acompanhamento psicológico; acompanhamento profissional; promoção de intercâmbio com outras instituições; orientação aos usuários sobre seus direitos e deveres promovidos pelo ECA, entre outras.

No tocante ao fornecimento de medicamentos, o Estado intervém quando o município deixa de garantir o repasse do direito ao usuário. O fornecimento do medicamento é controlado mediante uma série de documentos apresentados à Diretoria de Assistência Farmacêutica – DIAF, a qual encaminhará resposta à via correio. Os medicamentos fornecidos pelo DIAF são padronizados pela Secretaria de

¹² Informações repassadas pelas coordenadoras do Programa Capital Criança na Secretaria de Saúde Municipal de Florianópolis/SC.

¹³ Programa do Adolescente sob a responsabilidade do Estado. Foi criado em 1990 com o nome de “Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente” e atendia os adolescentes na Policlínica de Referência Regional do SUS. Em 2002 o programa, em função das normativas do SUS, mudou suas características de atendimento e passou a chamar-se “Centro de Referência em Saúde do Adolescente”. Com a extinção da Policlínica o Centro de Referência foi transferido para o Hospital Infantil em 2008 mudando o nome para “Ambulatório Multidisciplinar do Adolescente”.

Saúde do Estado e, desta forma, os medicamentos que não estão listados – tais como medicamentos de uso contínuo – não são fornecidos pelo Órgão, tendo a família que recorrer a instituições jurídicas para garantir o acesso de seus filhos à saúde e à qualidade de vida.

Visando a regulamentação dos serviços de saúde fornecidos ao público infanto-juvenil nas instituições de atendimento, o Ministério Público estabeleceu, em conjunto com o Estado, o “Termo de Ajustamento de Conduta” (TAC) em 17 de junho de 1998, de modo a assegurar o que está preconizado pelo ECA. O TAC trata de 25 (vinte e cinco) obrigações a serem cumpridas pelo Governo do Estado, sendo que algumas se referem a: capacitação dos profissionais de saúde; realização de campanhas de esclarecimento aos profissionais sobre casos de maus-tratos e desnutrição; aumento da área ambulatorial e hospitalar; realização de seminários de capacitação e sensibilização; manutenção dos estoques de medicamentos necessários a grupos específicos de crianças, portadoras de doenças que exijam medicamentos especiais, entre outras. Mas, apesar dos esforços, somente depois de 10 anos da assinatura do referido Ajustamento de Conduta o Estado comunicou que cumprira todos os requisitos solicitados. Em 30 de setembro de 2008 a resposta foi, então, arquivada.

Assim, devido a não efetivação do acesso aos serviços de saúde não padronizados pelas referidas Secretarias, a família passa a recorrer ao sistema judiciário como última alternativa de ter o direito garantido.

Desta forma, visando garantir aos usuários maior informação e conscientização de seus direitos, o Ministério Público, através da recomendação n.13/2008, notifica que os Conselhos Tutelares da Capital orientem os pais ou responsáveis por crianças e adolescentes que necessitem de medicamentos especiais não distribuídos pelo SUS, a procurar auxílio na Defensoria Pública da União em Santa Catarina, a fim de instaurar um procedimento jurídico para a obtenção do direito à saúde.

Este Procedimento até o final do ano de 2008 era instaurado pela Promotoria de Justiça da Infância e Juventude da Capital, mas devido às dificuldades burocráticas e aos entraves existentes no Estado (recursos), esta instituição, no mesmo ano (2008) propôs, por recomendação, o encaminhamento da demanda à Defensoria Pública, por este ser órgão de última instância, uniformizando o entendimento do direito à saúde e

chamando a intervenção da União nas ações judiciais, com a finalidade de acelerar a tramitação do processo.

Podemos concluir então que apesar do SUS e do ECA representarem um avanço no tocante as políticas públicas de saúde infanto-juvenil, com propostas de universalidade de acesso, primazia no atendimento, integralidade nos serviços, estes não são, amplamente efetivados, ficando a criança e o adolescente, muitas vezes, sem atendimento e sem o devido tratamento de saúde.

Pensando nesta questão, e tendo em vista uma melhor compreensão do sistema de saúde infanto-juvenil, é preciso conhecer e entender o contexto histórico infanto-juvenil e suas contradições no campo das políticas sociais. Assim, faz-se necessário ainda, rever também o papel da família na efetivação do direito à saúde e à vida de crianças e adolescentes.

II – CRIANÇA E ADOLESCENTE: CONSTRUÇÃO DE UMA HISTÓRIA NA SAÚDE PÚBLICA

2.1 – A construção de uma história infanto-juvenil na saúde

A criança e o adolescente representam um segmento da população que vive em constante transformação com mudanças físicas, psicológicas e comportamentais, já que suas ações são influenciadas à medida que convivem no seio da sociedade, aprendendo e reproduzindo práticas e comportamentos ao longo da vida. Por conseqüência, o contexto histórico infanto-juvenil suscitou, por longo período, um embate político, no tocante a duas perspectivas: a primeira visava proteger este segmento e efetivar seus direitos como cidadão; a segunda buscava garantir a segurança da sociedade dos riscos que estes podiam causar futuramente (violência, ações infratoras, etc.) (SOUZA, 1998).

Nem sempre a criança e o adolescente receberam a devida atenção por parte do Estado e da sociedade em geral, pelo contrário, sua visibilidade no seio desta se deu de forma lenta, sendo que somente no período de industrialização políticas sociais foram direcionadas a esta população de maneira diferenciada da dos adultos. Até então, práticas de saúde, entre outras, eram direcionadas às famílias e aos trabalhadores pobres, com o objetivo de erradicar as infecções e pragas e manter os trabalhadores saudáveis para o trabalho e para a produção.

A nova consciência sobre a criança e o adolescente possibilitou um olhar para a família, assim como mudanças nas condições demográficas, já que as famílias começaram a se preocupar com a saúde de suas crianças, vacinando-as contra as epidemias existentes, o que fez reduzir o índice de mortalidade infantil.

Segundo Souza (1998) a história da criança e do adolescente no Brasil inicia nas décadas do Brasil Império, em virtude do problema da criança abandonada e marginalizada na sociedade. O abandono de crianças vinha se tornando um problema desde o século XVII, exigindo do rei providências emergentes, para que este instalasse uma casa de cuidados para estes infantes.

O abandono de crianças era feito, principalmente, por escravos, na esperança de libertar sua prole de uma vida em escravidão, ficando estes sob os cuidados da Santa Casa de Misericórdia, entidade idealizada pela igreja, com o objetivo de dar apoio aos indivíduos pobres e às crianças abandonadas. Apesar da intenção de proteger crianças, na Casa de Misericórdia, boa parte morria antes de completar um ano de vida, em razão da desvalorização deste segmento da população no Brasil Colônia e no Império.

Através das solicitações feitas ao Rei e do agravamento da situação dos menores abandonados, envolvidos na criminalidade social, foi criada em 1726 a primeira Roda dos Expostos na Bahia, sendo, até então, a única instituição direcionada aos serviços de assistência ao menor abandonado.

Após a implementação desta Roda de expostos, foram criadas outras em diversos Estados brasileiros, tais quais: a do Rio de Janeiro (1738), do Rio Grande do Sul (1849), a de em Santa Catarina (1928), entre outras. (SILVEIRA, 2006).

Faleiros (1995) relata que a Roda dos expostos nada mais era do que um sistema legal e assistencial dos expostos até sua maioridade. Em realidade “Roda” era o dispositivo cilíndrico no qual a criança era enjeitada, através de um compartimento giratório que rodava do exterior para o interior da casa de recolhimento.

As crianças permaneciam nas Rodas por um período pequeno e logo eram encaminhadas a famílias “honestas” para crescerem e se desenvolverem até os 7 anos de idade, quando ficava decidido o destino da criança, que se resumia à escola de ofícios para meninos e os trabalhos domésticos às meninas (em casa de família ou na casa de recolhimento).

Havia no interior dessas Rodas uma grande falta de tratamento médico, que era agravada pelas condições físicas das crianças que eram enjeitadas, o que contradiz o objetivo central da criação das referidas Rodas, ou seja, salvar a vida dos recém nascidos abandonados. Este sistema perduraria por três regimes da história brasileira.

Após longo tempo, o sistema de Roda começou a ser discutido e criticado, ganhando duas vertentes negativas, que contribuíram para sua extinção:

A) A primeira faz referência às altas taxas de mortalidade infantil. Era necessário um novo sistema que garantisse a saúde das crianças expostas para que estas crescessem saudáveis para o trabalho forçado nas linhas de produção capitalistas;

B) A segunda trata sobre a ordem moral do abandono. O Estado via a Roda como a desresponsabilização dos pais nos cuidados com seus filhos, incentivando a promiscuidade e a ociosidade.

É preciso constatar ainda, a omissão da Coroa com os enfrentamentos das questões infanto-juvenis, uma vez que seus interesses giravam em torno de questões econômicas e não sociais, o que causou crises entre o Estado e as Casas da Misericórdia, já que o primeiro não prestava assistência aos expostos, tendo as casas que depender de doações de particulares.

O sistema implementado pela criação das Rodas não conseguiu atender as demandas, já que muitas das crianças expostas, após o período de abrigo, ficavam em situação de rua em meio à criminalidade. Desta forma, a última Roda foi extinta em 1950.

Durante este período (1825 e 1937), várias outras entidades foram criadas com o objetivo de eliminar a criminalidade infanto-juvenil, e defender a sociedade deste futuro problema, tais como asilos-escolas e educandários, mas estas políticas resumiam-se em divisores de classes sociais, restando às crianças pobres e desvalidas o pior sistema de proteção assistencial. Defendia-se uma política diferenciada a menores, já que o Brasil passava por um período de extrema efervescência com a industrialização e a mudança no sistema econômico de produção.

No Brasil, foi somente com a urbanização e a industrialização no século XIX, que um novo cenário político e econômico começou a ser traçado, ganhando a família aparato social com as intervenções higienistas¹⁴.

A saúde da criança e do adolescente, assim como a da família em geral, entra em pauta, como pano de fundo capitalista/mercantilista, e vira alvo de intervenção das ações higienistas, em que;

¹⁴ A intervenção higienista, datada do século XIX, surgiu perante os novos pensamentos por parte dos profissionais da área da saúde pública, na educação e no ensino de novos hábitos higiênicos. Conceitualmente foi chamado "Movimento Higienista". No Brasil o movimento teve papel no período de industrialização e visava desenvolver a saúde da população trabalhadora, a higienização das raças, a resistência do trabalhador e melhores condições de trabalho para aumento da produtividade.

Médicos e Juristas focalizaram sua ação sobre a criança e, a infância passa a ser definida como um magno problema. Lançaram as bases da puericultura (ciência que trata da higiene física e social da criança) no Brasil, destacando-se a figura de um dos maiores higienistas, Dr. Morcovo Filho, incansável na denúncia do descaso da nação em relação à infância. (SOUZA, 1998, p.43).

As questões relacionadas ao problema da infância no Brasil passam a ser relacionadas ao sistema econômico e político vigente, responsabilizando o Estado pelos cuidados a este público menos ilustre. Assim a criança se judicializa em torno de serviços de proteção e assistência à infância abandonada e delinqüente (SOUZA, 1998).

O período da república foi determinante na inovação dos direitos sociais das crianças e adolescentes, tendo em vista a visibilidade social imposta pela situação desta população, culminando em 1923 com a instituição da figura do Juiz de Menores Mello Mattos.

Apesar desses novos direcionamentos no trato das questões infanto-juvenis, as práticas assistenciais traduziram-se em ações meramente caritativas, em que os internatos correccionais (conhecidos como Colônias) se tornavam a mais nova estratégia capitalista de tentar livrar a sociedade deste público perigoso, e utilizá-los em prol do Estado, através de sua mão de obra.

Estas Colônias foram duramente criticadas, e extintas em 1919 por juristas e médicos, que através de várias discussões viabilizaram a implementação do Primeiro Código de Menores de 1927, conhecido também como Código de Menores Mello Mattos.

O Código de Menores de 1927, constituído por 231 artigos, focalizava seus princípios e suas ações no índice de pobreza e nos menores “infratores”, buscando um controle total sobre as crianças e adolescentes potencialmente “perigosos”, constituindo novo sistema de intervenção sobre a população pobre.

Seabra (1999, p.141) diz sobre este assunto que a saúde da criança e do adolescente, nesta época, era protegida pelo Estado, mas era focalizada no “menor carente” ou “menores delinqüentes”. Sua vigilância era dada através de inspetorias de “higiene infantil” e “laboratórios de Biologia Infantil”, os exames tinham como objetivo

desmascarar as causas que levavam as crianças aos vícios e aos crimes. Sua ação se direcionava a medicina higienista, buscando um estudo psíquico-social da irregularidade, baseando suas ações numa saúde focalizada e centralizada.

Essas transformações no cenário político e de direito infanto-juvenil propiciaram mudanças na Constituição Brasileira de 1937¹⁵ que, em seu artigo 127, diz que:

A infância e a juventude devem ser objeto de cuidados e garantias especiais por parte do Estado, que tomará todas as medidas destinadas a assegurar-lhes condições físicas e morais de vida sã e de harmonioso desenvolvimento das suas faculdades.

O abandono moral, intelectual ou físico da infância e da juventude importará falta grave dos responsáveis por sua guarda e educação, e cria ao Estado o dever de provê-las do conforto e dos cuidados indispensáveis à preservação física e moral.

Aos pais miseráveis assiste o direito de invocar o auxílio e proteção do Estado para a subsistência e educação da sua prole.

Os direitos da criança e do adolescente vão ganhando novos parâmetros, mas o acesso à saúde da população infanto-juvenil ainda é tratada de forma generalizada. Sobre este novo direcionamento Rizzini (1981, p. 255) argumenta que;

De um modo geral, os projetos para a organização da assistência pública começaram a surgir desde o início do século XX, mantendo o mesmo teor nas duas primeiras décadas do mesmo. A ênfase recaía sobre dois aspectos: a centralização dos serviços e a aliança dos setores públicos e privados na execução do atendimento.

No tocante a esta temática Couto (1981) citando Lima (1937) abordava que os convênios estabelecidos com associações particulares se resumiam em estratégia para suprir a falta de estabelecimentos a menores e desafogar a “carência de créditos do Governo”.

O Governo de Vargas implementou diversas políticas sociais, visando controlar e recuperar o controle dos menores abandonados e delinquentes, através da internação. Desta forma, Criou-se nesta época: a política de proteção materno-infantil, tendo como meta a capacitação humana para o futuro trabalhador; o Departamento Nacional da

¹⁵ As constituições de 1824, 1891 e 1934 não fizeram menção às questões da criança e do adolescente no Brasil.

Criança (DNCr), responsável pelas ações dirigidas à criança e à família e, o Serviço de Assistência ao Menor – SAM em 1941, que não fugia muito dos sistemas de correção até então implantados nos governos anteriores.

O SAM tinha como objetivo fiscalizar e repreender a mendicância, ficando conhecido, ao longo de sua trajetória, como “Sucursal do Inferno”, devido à violência com que tratavam as crianças e os adolescentes internados. Apesar de novas políticas sociais surgirem em prol dos direitos infanto-juvenis, sua viabilização prática não ultrapassava ao texto constitucional vigente, sendo violados quase que diariamente (RIZZINI, 1981).

Surgiram a partir daí muitas instituições de caráter social, sendo uma das mais importantes a Legião Brasileira de Assistência – LBA, criada em 1942 para assistir às famílias dos convocados na II Guerra Mundial, estendendo sua atuação à maternidade e à infância. Seus serviços compreendiam as seguintes áreas: assistência à família; Puericultura e Medicina; setor Judiciário (Procuradoria) em 1943, entre outras, sendo extintos em 1995 por falta de verba.

Através das diversas denúncias de médicos e juristas contra as violências perpetradas contra a criança e o adolescente e dos diversos questionamentos e debates travados, em 1959 é proposto um movimento em prol dos direitos infanto-juvenis, que culminou na elaboração da Declaração dos Direitos Universais da Criança¹⁶, aprovada pela assembléia Geral das Nações Unidas. Esta Declaração redundou numa nova perspectiva e um novo olhar sobre os direitos para a criança e o adolescente até o momento.

¹⁶ A declaração dos Direitos Universais da Criança elaborado em 1959 é constituída de 10 princípios, que relacionam os direitos inerentes à pessoa humana e traduzem as crianças como cidadãos de direitos. Entre eles estão dispostos: 1) Todas as crianças, absolutamente sem qualquer exceção, serão credoras destes direitos, sem distinção ou discriminação por motivo de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição, quer sua ou de sua família; 2) a criança gozará proteção social; 3) toda criança terá direito a um nome e a uma nacionalidade; 4) a criança gozará dos benefícios da previdência social; 5) terá direito a crescer e criar-se com saúde; 6) a criança incapacitada física, mental ou socialmente serão proporcionados o tratamento, a educação e os cuidados especiais exigidos pela sua condição peculiar; 7) a criança tem direito de crescer no âmbito familiar cercada de carinho e afeto, caso contrário serão disponibilizados cuidados pelo Estado; 8) a criança terá direito a receber educação, que será gratuita e compulsória pelo menos no grau primário; 9) a criança gozará proteção contra quaisquer formas de negligência, crueldade e exploração; 10) não será jamais objeto de tráfico e gozará proteção contra atos que possam suscitar discriminação racial, religiosa ou de qualquer outra natureza. (DHNET, 1959).

Com o golpe militar em 1964, as políticas assistenciais à criança e ao adolescente sofreram algumas mudanças, com o objetivo de modificar o sistema até então vigente – o SAM. Assim foi instituída a Fundação Nacional de Bem Estar do Menor – FUNABEM, que tinha como base a Declaração Universal dos Direitos da Criança.

A FUNABEM, assim como o sistema SAM, adotava medidas assistencialistas, centralizadas e compensatórias. Através das FEBENs (internatos) a Política de Segurança Nacional assumiu um caráter repressivo. (SOUZA, 1998)

Em 1979 criou-se um novo Código de Menores, que focalizava o “menor” como vítima da estrutura injusta do Estado, concebendo uma doutrina baseada na “situação irregular¹⁷”. Esse Código, apesar de dar nova visão à criança e ao adolescente, não trouxe mudanças significativas, mantendo um caráter correcional e repressivo às crianças potencialmente “perigosas”, que se enquadravam na situação de vulnerabilidade social (excluída e abandonada).

Os serviços fornecidos na área da saúde continuam focalizados na situação de pobreza e qualquer caso diferente do apontado pela lei (situação irregular) não seria de responsabilidade do Juiz de menores, excluindo um número substancial de criança e adolescentes aos direitos sociais vigentes, ou seja, não tratava de proteção integral, mas sim de situações de pobreza e “ameaças” às questões de moralidade para sociedade em geral.

Foi somente com a redemocratização do país na década de 1980, que a situação da criança e do adolescente obteve relevância social e mudanças expressivas em seu contexto histórico que só se agravava.

A VIII Conferência Nacional de Saúde e o Movimento da Reforma Sanitária, realizados neste período, estabeleceram um novo conceito de saúde, que pregava a universalização da saúde como direito de todos. Estes movimentos foram de extrema

¹⁷ Conforme o Art.2º do Código de 1979, considera-se em situação irregular o menor:

I - privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, ainda que eventualmente, em razão de: a) falta, ação ou omissão dos pais ou responsável; b) manifesta impossibilidade dos pais ou responsável para provê-las;

II - vítima de maus tratos ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsáveis;

III - em perigo moral, devido a: a) encontrar-se, de modo habitual, em ambiente contrário aos bons costumes; b) exploração em atividade contrária aos bons costumes;

relevância para o reconhecimento e formalização dos direitos à saúde da criança e do adolescente e para a trajetória da história política infanto-juvenil em seu aparato legal.

Em vista dessas novas questões e discussões trazidas pela Reforma Sanitária, foi proposta em 1988, na nova Constituição Federativa do Brasil, a inserção em seu texto Constitucional, de novos paradigmas, incorporando conceitos até então ignorados.

As regulamentações trazidas pela Constituição Federal (BRASIL, 1988) norteiam o caminho e as ações das instituições de direito e serviços propiciando uma nova realidade à Infância e à Juventude, passando a ser:

dever da Família, da Sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1988, Art. 227)

Com base nesta nova perspectiva em relação à infância e à juventude, foi aprovada em 1990 a Lei 8.069, intitulado Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, que regulamenta o Art. 227 da Constituição Federal de 1988 e incorpora os princípios adotados pela Convenção sobre os Direitos da Criança aprovado pela Assembléia Geral das Nações Unidas. O ECA descortinou uma gama de garantias à criança e ao adolescente, integrando-os ao espaço comunitário e transformando-os em cidadãos de direitos.

A saúde infanto-juvenil ganha, assim, prioridade absoluta e se estende a todos que dela necessitam, independentemente de condição financeira, deixando claro em seu Art.7º que a criança e o adolescente “tem direito à proteção à vida, à saúde, mediante políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (ECA, 2005).

No tocante a esta questão ficou claro que, a saúde é um direito reconhecido constitucionalmente como direito de todo cidadão e dever do Estado. Contudo, apesar de todo o alicerce Constitucional, há dificuldade no acesso aos serviços de saúde, não legitimando os direitos de forma ampla.

Nesta circunstância, é necessário pontuar as mudanças e contradições trazidas pelo ECA, bem como as mudanças realizadas na rede de atendimento à saúde deste

segmento da população, para que se possa perceber às conquistas efetivadas constitucionalmente e as realizadas na prática cotidiana do atendimento.

2.2 – Do Código de Menores ao Estatuto da Criança e do Adolescente: meias verdades na trajetória ao direito a saúde.

Com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente, muitos direitos foram incluídos e discutidos na sociedade, dando origem a uma gama considerável de garantias protetivas a este segmento da população, podendo integrá-los ao espaço comunitário e à cidadania plena. Após o texto Constitucional de 1988 a criança deixou de ser tratada como menor infrator e passou a ser tratada como cidadão de direito, objeto de proteção integral, como retrata o art. 227 da referida Constituição.

No entanto é notório observar, pelo que já foi exposto até aqui, a existência de um abismo entre as proposições trazidas pelo atual Estatuto da Criança e do Adolescente e as práticas realizadas cotidianamente a fim de garantir sua efetivação legal.

Com as mudanças que este novo sistema trouxe à vida da criança e do adolescente, como à sociedade em geral, a família, a sociedade e o Estado são diretamente responsáveis pelos cuidados desta população, garantindo a esta, através de políticas públicas, o seu desenvolvimento social, mental e físico, o que não ocorria nos Códigos de Menores antecedentes ao ECA.

Os Códigos de Menores de 1927 e 1979 não tinham um viés social, pelo contrário, buscavam, através de suas ações, salvar a sociedade da população infanto-juvenil “pobre e delinqüente”. Os referidos Códigos preocupavam-se com questões de saúde, de repressão e assuntos de ordem moral, dirigindo suas ações com base no índice de pobreza dos menores infratores. A saúde, neste período, era dirigida aos menores carentes e delinqüentes, sendo vigiada pelos “Laboratórios de Biologia infantil” e “Higiene Infantil”, não apresentando questões específicas a manutenção da vida e da saúde. Os exames realizados tinham por objetivo identificar as causas que levam as crianças aos vícios e aos crimes, desenvolvendo uma medicina higienista, que visava o estudo psíquico-social da irregularidade. Desta forma, os Códigos eram exclusivos, já que excluía boa parcela de crianças e adolescentes dos serviços do Estado, que

procurava minimizar seus gastos e oferecer os serviços básicos à sociedade através de convênios com instituições de âmbito privado.

O sistema de proteção integral, sem distinção de situação financeira ou social, só foi instituído com a Constituição de 1988, sendo que o Art227º, da referida Constituição foi regulamentada em 1990 com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

O ECA abriu um leque de garantias, inclusive com relação à saúde, sendo que ficou disposto em seu Art07º que “a criança e o adolescente tem direito à proteção, à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”, assegurando a esta população o atendimento integral, por intermédio do Sistema Único de Saúde, de forma igualitária e universal.

Mas, apesar de todo o alicerce constitucional, observamos que crianças e adolescentes, muitas vezes, não conseguem ter acesso aos serviços e tratamentos de que necessitam, ficando em filas de espera por anos ou em processos jurídicos demorados que poucos, inclusive, conhecem. A realidade cotidiana mostra-nos contradições que remetem aos direitos constitucionais e os atendimentos realizados, em que muitas das diretrizes reconhecidas não são amplamente efetivadas. Uma delas trata do art.11, inciso 2º, o qual estabelece o fornecimento gratuito de medicamentos, próteses e outros recursos àqueles que necessitarem de tratamento, reabilitações e habilitações em saúde.

Referente a estas indagações é possível afirmar que os direitos da criança e do adolescente, propostos pelo ECA, podem ser considerados processos em contínua construção, que tem por objetivo superar os obstáculos estabelecidos pela trajetória da Assistência Social infanto-juvenil. Um dos meios utilizados para facilitar o acesso dos usuários, principalmente das famílias que procuram os serviços de saúde à crianças e ao adolescentes, são os órgãos deliberativos, de fiscalização na comunidade, que permitem aos usuários utilizar os mecanismos de defesa e proteção dos interesses difusos e coletivos¹⁸ para casos de omissão e transgressão por parte das entidades públicas.

¹⁸ I - **interesses ou direitos difusos** – são interesses ou direitos “transindividuais, de natureza indivisível, de que sejam titulares pessoas indeterminadas e ligadas por circunstâncias de fato”. Os interesses difusos compreendem grupos menos determinados de pessoas, entre as quais inexist

Contudo, a elevada demanda e o baixo número de instituições públicas de atendimento fazem com que muitas das diretrizes estabelecidas pelo ECA não sejam respeitadas, informadas ou divulgadas, o que prejudica o estabelecimento efetivo da legislação.

Pedro (1999, p.15) já explicitava que

a promoção da saúde infantil terá que inserir-se num projeto alargado de implantação de todos os cuidados básicos de saúde”, o que “implica uma ampla mobilização social visando informar e apoiar a família para que elas próprias possam aplicar e também difundir os conhecimentos disponíveis.

A família se constitui em parte determinante na efetivação dos direitos à saúde da criança e do adolescente, pois é ela que estabelece os primeiros vínculos afetivos e é dela a responsabilidade de cuidar de seus filhos em fase de desenvolvimento biopsicossocial. Diante desta afirmativa é importante ressaltar qual o papel da família na efetivação dos direitos na área da saúde e como ela se constituiu como instituição protetora.

2.3 – O papel da família na efetivação dos direitos a saúde de crianças e adolescentes

A família é considerada a instituição mais antiga dentro da sociedade, por agrupar diferentes pessoas, interesses e laços afetivos. Considera-se o grupo familiar como uma instituição necessária ao desenvolvimento físico, moral, cultural e social do ser humano, e que deveria ser repleto de atenção e afeto, o que nem sempre ocorre.

A família pode ser definida como:

vínculo jurídico ou fático preciso. São como um feixe ou conjunto de interesses individuais, de pessoas indetermináveis, unidas por pontos conexos.

II - **interesses ou direitos coletivos** – direitos coletivos refere-se a interesses transindividuais, de grupos, classes ou categorias de pessoas. Coletivos em sentido estrito, são interesses transindividuais de um grupo determinado ou determinável de pessoas, reunidas por uma relação jurídica básica comum.

III - **interesses ou direitos individuais** – “são aqueles de grupo, categoria ou classe de pessoas determinadas ou determináveis, que compartilhem prejuízos divisíveis, de origem comum, normalmente oriundos das mesmas circunstâncias de fato” (MAZZILLI, 2003, pg.43-55).

Um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido. (MIOTO,1997, p. 120)

A família é um grupo em constante transformação, e segundo Luisi e Filho (1997, p. 84) citando Cervený (1994) pode apresentar uma composição diversificada, que inclui: “laços sanguíneos, relações não formalizadas por parentesco, família conjugal extensa, núcleo doméstico e famílias não legitimadas juridicamente, entre outras”.

Mioto (2006) sobre este assunto observa a existência de uma diversidade de arranjos familiares, e destaca que é importante compreender neste ângulo: os vínculos estabelecidos numa relação conjugal, a temporalidade, os costumes, e como estes se relacionam na vida cotidiana.

Dentro desta concepção é possível constatar o quanto o tempo é importante na viabilização de uma estrutura familiar, ou seja, a instituição de um grupo familiar se encontra diretamente ligado às mudanças societárias, promovidas pelo atual sistema de Governo do Estado (econômica, política, cultural e social). Por sua vez, é notório destacar que ao longo de sua formação, o Estado brasileiro não tem se responsabilizado efetivamente pela proteção dos membros familiares, assumindo políticas centralizadas e fragmentárias.

Sobre este assunto Mioto (1997, p.128) destaca que:

a família é uma instituição historicamente condicionada e dialeticamente articulada com a sociedade na qual está inserida. Isto pressupõe compreender as diferentes formas de família em diferentes espaços de tempo, em diferentes lugares, além de percebê-las como diferentes dentro de um mesmo espaço social e num mesmo espaço de tempo. Esta percepção leva a pensar as famílias sempre numa perspectiva de mudança, dentro da qual se descarta a idéia dos modelos cristalizados para refletir as possibilidades em relação ao futuro.

Assim, considera-se a família e o mercado, respectivamente, o primeiro e o segundo canal de satisfação das necessidades dos cidadãos, ficando o Estado como última opção de proteção, ou seja, somente quando esses canais falham, o Estado é chamado a intervir temporariamente, o que ocasiona momentos de estresses e conflitos

familiares, principalmente quando o Estado não garante meios para que a família possa manter sua subsistência e a de seus integrantes.

Segundo Minuchin (1992) existem quatro fontes de estresses: estresses do membro da família ou da família toda com forças extra-familiares; toda família pode ficar estressada pelo contato extra-familiar de um membro; estresses com pontos de transição na família e estresses em torno de problemas idiossincrásicos (problemas particulares).

A insatisfação ou o adoecimento de um membro pode causar impactos e momentos de muito estresse na vida familiar, cabendo o Estado, nesses momentos, auxiliar a família e garantir meios para que ela mantenha seu equilíbrio e volte a “normalidade”.

Mioto (2000. p. 221) discute que os cuidados com a família pendem em dois ângulos:

os cuidados devem estar voltados à sustentabilidade das famílias para que elas possam de fato se constituir em espaços de cuidado, proteção e referência. A outra, ao desenvolvimento de processos de atenção às famílias que estejam vivendo em situações particulares de vulnerabilidade.

Já vimos que com o advento da Constituição Federal de 1988 a família passa a ser considerada espaço de intervenção e de proteção do Estado, através de políticas públicas que disponibilizem segurança, proteção a cada um de seus membros, principalmente à criança e ao adolescente.

Apesar da gama de direitos, o que é observado é a falta de informação, de cuidados e de acesso da família aos serviços disponibilizados pelo Estado e pelo município. Muitas vezes a família necessita provar o status de “pobreza” para garantir o acesso ao serviço, o que dificulta a viabilização do direito a muitas crianças e adolescentes.

Mioto (2006) fala ainda, que a relação do Estado com a família sempre foi conflituosa e, ao mesmo tempo em que este intervém no sistema familiar, através da legislação, da política e da cultura, não consegue atender as demandas emergentes, principalmente quando o assunto diz respeito ao acesso aos direitos sociais, como por exemplo, a saúde pública.

Com o objetivo de garantir a efetivação dos direitos estabelecidos pela Constituição de 1988, foram criados órgãos deliberativos e de fiscalização através dos quais os pais

e toda a comunidade podem participar e solicitar direitos para si e para seus filhos, devendo, para isso ser bem informados e corretamente encaminhados para que a efetivação do acesso ao direito seja o mais rápido possível.

A família é incluída, desta forma, na área jurídica, cabendo a ela solicitar os direitos de seus filhos, já que estes necessitam de um representante legal ou responsável. O que cabe relatar neste processo é que as ações jurídicas instauradas através do Estado são extensivas, podendo levar de meses a anos para serem julgadas transitadas. No entanto, os encaminhamentos dos usuários às instituições fiscalizadoras e executoras precisam ser rápidos para que seus direitos sejam satisfeitos com brevidade.

Desta forma, os responsáveis por crianças e adolescentes (que tenham seus direitos violados) devem procurar os Órgãos públicos específicos, solicitando providências do Estado para que os órgãos sejam responsabilizados e o direito garantido.

O sucesso da atenção à saúde e à educação depende da conjugação de ações e apoios advindos das demais políticas e sobretudo de uma rede de apoio e envolvimento das famílias e comunidades no usufruto eficaz destas atenções básicas (CARVALHO, 1994, p. 103)

Em decorrência da possibilidade de não garantia dos direitos da família e da criança, o Estatuto da Criança e do Adolescente, estipulou meios para cobrar a efetividade do direito negado, principalmente quando este direito refere-se aos serviços de saúde fornecidos a esta população. Entre os órgãos que podem ser procurados em Florianópolis está o Ministério Público que, através da Promotoria de Justiça da Infância e Juventude da Capital, procura efetivar a garantia de todos os direitos violados referentes ao público infanto-juvenil.

2.4 – Saúde pública como dever do Estado e obrigatoriedade do Ministério Público: origens e evolução história.

Como já explicitado acima, a saúde se estabelece como direito fundamental à existência humana, por abranger ampla área de bem-estar e cuidados que se tornam

imprescindíveis à formação social, cultural, econômica, política e até mesmo moral do indivíduo.

No entanto, nem sempre o ser humano consegue garantir sua saúde por vontade própria, dependendo, assim, das políticas adotadas pelo Estado. Nesta perspectiva pode-se concluir que a criança e o adolescente, como indivíduos em processo de desenvolvimento, necessitam de alguém ou algo que os auxiliem na efetivação de seus direitos e na manutenção de sua saúde. Este papel protetor é, primeiramente, do núcleo familiar, instituição que estabelece os primeiros laços afetivos, os primeiros cuidados e ensinamentos para este público infanto-juvenil, constituindo-se como um sistema protetivo na sociedade.

A família necessita de garantias e acessos aos serviços públicos, garantidos pela Constituinte de 1988 e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, mas nem sempre é o que vemos. O que ocorre, freqüentemente, é a falta de conhecimento sobre os procedimentos a serem seguidos por parte da comunidade e dos profissionais de atendimento, o que prejudica a ação e a participação democrática pela efetivação dos serviços à saúde.

Apesar desta realidade constatada, é possível exigir do Estado o cumprimento de suas funções, através de instituições como o Conselho Tutelar; os Conselhos de Direitos, e as Secretarias de atendimento ao usuário, entre outras.

Os Conselhos Tutelares (Norte da Ilha, Continental, Região Sul) têm como função atender às crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social que tenham seus direitos violados, aplicando medidas pertinentes e mobilizando, entre outros órgãos, o Ministério Público para a adoção de medidas de proteção. Os Conselhos Tutelares encontram uma série de dificuldades para atuar, restringindo-se, muitas vezes, a atividades assistencialistas e burocráticas, que não efetivam direitos. A capacitação profissional pouco é percebida no que se refere à efetivação do direito à saúde, uma vez que poucas famílias são encaminhadas às instituições de saúde e, com as informações necessárias. Assim, se através dessas instituições o direito não for fornecido, a família pode instaurar um procedimento jurídico contra o Estado, visando o restabelecimento dos direitos individuais ou coletivos.

O órgão de execução e fiscalização, utilizado como última tentativa interventiva em favor dos direitos dos cidadãos, é o Ministério Público. O ECA, em seu Art.201, inciso V, estabelece como uma das funções do Ministério Público a de “Promover o inquérito civil e ação civil pública para a proteção dos interesses individuais, difusos ou coletivos relativos à infância e à adolescência”. O Ministério Público (MP) é um órgão relativamente novo, revigorado na Constituição Federal de 1988, que tem por finalidade fiscalizar a correta aplicação da Constituição Federal e das leis, visando à proteção do Estado de Direito.

No Brasil o MP surgiu com a aplicação das ordenações Manuelinas, que entraram em vigor em 1521, mas somente assumiu as características de instituição em 1934. Até então o MP pouco podia fazer para garantir os direitos sociais, pois se encontrava diretamente subordinado ao poder executivo.

Com o estabelecimento da Constituição de 1937 o MP adquiriu status de instituição, garantindo aos seus membros estabilidade com o ingresso via concurso público. As Leis ditadas dirigiam-se à organização e estruturação do MP, não especificando suas funções, metas e demais responsabilidades. A Constituição expressa em seu Art.227:

A infância e a juventude devem ser objetos de cuidados e garantias especiais por parte do Estado, que tomará todas as medidas destinadas a assegurar-lhes condições físicas e morais de vida sã e de harmonioso desenvolvimento das suas faculdades (BRASIL, 1937, Art. 227).

Assim, na década de 1930 o MP procurava assegurar a saúde pública através de “assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais” (art.18, c). A cada avanço na conjuntura econômica, o Estado e o MP assumiam maiores responsabilidades em direção às políticas sociais públicas, mas até as décadas de 1980, muitos dos direitos adotados não eram efetivados constitucionalmente.

A primeira normatização visando à uniformização dos MPs Públicos Estaduais, ocorreu com a Lei Complementar 40/81, que definiu a referida instituição como

Instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

Assim, quando a Constituição de 1988 foi promulgada o MP já se configurava como defensor da cidadania, da democracia e da justiça. Com a implantação da Constituinte de 1988, o MP recebeu uma infindável demanda interventiva, ou seja, o MP ganhou autonomia para executar e fiscalizar a efetivação dos direitos Humanos, inclusive os infanto-juvenis.

Através das Promotorias de Justiça da Infância e Juventude, o MP busca cumprir todas as atribuições que lhe foram atribuídas pela Constituição de 1988, tendo como função institucional assegurar os direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes, exercendo atuação no âmbito judicial e extrajudicial pelos Promotores de Justiça, conforme preconiza a lei n° 8069/90

- I – Conceder a remissão como forma de exclusão do processo
- II – Promover e acompanhar os procedimentos relativos às infrações atribuídas a adolescente;
- III - Promover e acompanhar as ações de alimentos e os procedimentos de suspensão e destituição do Pátrio Poder, nomeação e remição de tutores, curadores e guardiões, bem como officiar em todos os demais procedimentos, competências da justiça da infância e da juventude;
- IV - Promover, por ofício ou por solicitação a especificação e a inscrição de hipoteca legal e a prestação de contas dos tutores, curadores e quaisquer administradores de bens de criança e adolescente (referente ao artigo n.98);
- V – Promover o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos interesses individuais, difusos ou coletivos relativos à infância e a adolescente
- VI- instaurar procedimentos administrativos;
- VII – Instaurar sindicância, requisitar diligências investigatórias e determinar a instauração policial para a apuração de ilícitos ou infração às normas de proteção à infância e a juventude;
- VIII – Zelar pelo efetivo respeito aos direitos e garantias legais assegurados a criança e o adolescente, promovendo as medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis;
- IX- Impetrar mandado de segurança, de injunção e hábeas corpus, em qualquer juízo, instância ou tribunal na defesa dos interesses sociais e individuais indispensáveis afetos à criança e ao adolescente;
- X – Representar ao juízo visando à aplicação de penalidades por infrações cometidas contra as normas de proteção à infância e à juventude, sem prejuízo da promoção da responsabilidade civil e penal do infrator, quando cabível;
- XI – Inspecionar as entidades públicas e particulares de atendimento e os programas, adotando de pronto as medidas administrativas ou judiciais necessárias à remoção de irregularidades por ventura verificadas;
- XII – Requisitar força policial, bem como a colaboração dos serviços médicos, hospitalares, educacionais e de assistência social, públicos ou privados, para desempenho de suas atribuições. (Art.201, ECA).

Apesar de todas as garantias estabelecidas, deparamo-nos ainda, com certa limitação governamental que atinge não só os órgãos e instituições, mas também o Ministério Público (burocratização), principalmente, quando a pauta trata da saúde pública em geral. No tocante a esses procedimentos, existem muitos meios de exigir judicialmente os direitos de crianças e adolescentes, uma delas é por representação judicial, mas esta, ainda, é pouco utilizada se comparado ao número de crianças que necessitam dos serviços de saúde¹⁹.

As informações pertinentes ao processo de viabilização dos serviços de saúde, pouco ou nada tem sido repassadas aos usuários, o que atrasa ainda mais o fornecimento de serviços, tais como tratamentos e medicamentos de uso contínuo. Desta forma, a atuação profissional dos servidores na área da saúde entra em pauta, tendo em vista que uma elevada demanda de pais e familiares chega à Promotoria de Justiça da Infância e Juventude sem nenhuma informação, prejudicando a atuação do Assistente Social da Promotoria de Justiça da Infância e Juventude em dois aspectos: o primeiro refere-se à explicação de todas as etapas do processo e dos documentos necessários, já que estes procedimentos não são repassados aos profissionais na instituição de saúde. O segundo trata do atraso na instauração da Ação Pública, já que alguns dos documentos solicitados são de demorado acesso, quais sejam:

- a) Atestado médico – deve constar na receita o nome da medicação, bem como sua quantidade.
- b) Declaração médica - nesta declaração devem constar algumas informações sobre o desenvolvimento clínico do paciente, tais como: a moléstia adquirida, o quadro clínico e a especificação do tratamento realizado, o medicamento necessário, os benefícios do medicamento e o risco da não utilização deste. Muitas vezes a família precisa remarcar a consulta para conseguir adquirir o documento, passando a família pelo mesmo processo de espera.
- c) Carta de negativa da Secretaria de Estado da Saúde – fornecida pela referida secretaria em resposta à solicitação feita à Diretoria de Assistência Farmacêutica

¹⁹ A Diretoria de Assistência Farmacêutica – DIAF não forneceu dados quantitativos sobre a demanda reprimida e sobre as solicitações de serviços demandados. Outrossim a Secretaria Municipal também não forneceu informações quantitativas sobre a demanda reprimida, fornecendo poucas informações sobre os atendimentos.

– DIAF. A obtenção deste documento leva aproximadamente um mês, devido o processo de avaliação e o elevado número de solicitações feitas ao DIAF no mês.

Em complemento a esta documentação, o usuário necessita trazer outros dados, tais como: Carteira de Identidade do responsável; CPF; Carteira do SUS; comprovante de residência; carteira de identidade ou certidão de nascimento da criança ou adolescente.

A dificuldade encontrada em meio ao atendimento realizado pelo assistente social na Promotoria de Justiça, refere-se à documentação do usuário que, em geral, está incompleta, ou seja, faltam dados necessários à viabilização da medicação, tais como a declaração médica, na qual o profissional deve explicitar a necessidade da medicação e os riscos para a criança caso esta não seja fornecida. Devido a demoras no atendimento e na obtenção da documentação, muitas famílias não retornam a Promotoria, ficando a criança e o adolescente sem o atendimento.

Assim, apesar de serem muitas as possibilidades de intervenção do Ministério Público, este atende a demanda de forma individual. É necessário que o profissional de Serviço Social da Promotoria, bem como os profissionais inseridos nas diversas instituições de atendimento à saúde nas quais o usuário é atendido, estejam informados sobre os direitos à saúde dos usuários, os procedimentos a serem seguidos e as formas de acesso para efetivar este direito. É importante que estes informem e conscientizem as famílias, encaminhando-as às instituições corretas e com todas as informações necessárias, tornando assim o serviço mais ágil. Desta forma, fica claro que o papel do Serviço Social é fundamental na garantia dos direitos à saúde infanto-juvenil, sendo sua intervenção necessária nas diversas áreas de atuação, principalmente a jurídica.

III – A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

3.1 – A intervenção do Serviço Social na Promotoria de Justiça da Infância e Juventude: uma história recente

O Serviço Social surge no Brasil na década de 1930, por iniciativa de grupos sociais da burguesia, vinculados à igreja católica. As ações deste período eram desenvolvidas por mulheres e caracterizavam-se como assistencialistas, paliativas, e de cunho humanista conservador.

Com o agravamento da Questão Social no país, em decorrência da urbanização e industrialização, o Serviço Social passou a assumir novas funções, tendo como pano de fundo o desenvolvimento capitalista industrial.

Assim, o Serviço Social caracterizou-se por ser uma profissão em constante processo de renovação, tanto na diretriz teórico-metodológica como na interpretação sócio-política, ganhando maior status social. Com os novos direcionamentos proporcionados pela promulgação da Constituição Federal de 1988 e pelo Código de Ética Profissional implementado em 1993, o Serviço Social passou a ser uma profissão com atuação também no âmbito das políticas sociais e jurídicas de forma a garantir a efetivação de direitos constitucionais.

Apesar de sua representação no âmbito jurídico ser recente, o profissional de Serviço Social vem se destacando notoriamente, por dar ao sistema judiciário uma caracterização mais humanizada, atendendo o usuário e ouvindo seus questionamentos, possibilitando, desta forma, uma melhor compreensão e encaminhamento das questões demandadas.

Sua inserção no sistema judiciário catarinense ocorreu por volta de 1972, com a função de auxiliar o Juiz na Vara de Menores, sendo para isso inicialmente criados dois cargos de assistentes sociais (PIZZOL; SILVA, 2001).

No ano de 1995 o Serviço Social ampliou seu espaço de intervenção integrando-se ao quadro profissional do Ministério Público na Comarca de Lages, e mais tarde em outros municípios do Estado. A ampliação do número de profissionais de Serviço Social na instituição veio a ocorrer em 2004, devido à abertura de concursos públicos,

realizados nas principais Comarcas²⁰ do Estado, contando hoje, com 17 profissionais de Serviço Social, que auxiliam os serviços jurídicos nas diferentes áreas de atuação do Ministério Público.

A ação do Serviço Social no Âmbito institucional da Promotoria de Justiça da Infância e Juventude está normatizada e ratificada pelo Ato nº 115 promulgado em 2004 e pelo Ato 107 proposto em 2006, os quais norteiam e definem as atribuições, os deveres e os objetivos da atuação profissional, sendo considerados como suas funções “o planejamento, a coordenação, a orientação e a supervisão de trabalhos relacionados com o diagnóstico, o desenvolvimento e o tratamento de aspectos sociais”, tais como:

- Atender as demandas espontâneas que vem ao MP buscar orientação e atendimentos que envolvam crianças e adolescentes.
- Verificar in-loco situações de risco e maus-tratos contra criança e adolescentes.
- Verificar as condições de funcionamento de instituições públicas e privadas de atendimento a crianças e adolescentes.
- Orientar pais, professores, alunos, conselheiros e a rede como um todo, sobre questões relativas ao direito das crianças e adolescentes.
- Manter um canal de diálogo entre o MP e os agentes da rede.
- Sugerir medidas de proteção a serem aplicadas.
- Apurar irregularidade na rede de atendimento.

A atuação profissional do assistente social lotado na Promotoria de Justiça da Infância e Juventude está inserida no âmbito das questões emergentes, realizando o acolhimento dos usuários (famílias, geralmente), orientando-os quando aos seus direitos e buscando a efetivação de suas demandas através de Ações Cíveis Públicas, que geralmente são referentes às: solicitações de medicamentos, vagas em escolas e creches, internações para tratamento de drogadição, entre outras.

Desta forma, visando garantir a efetivação das demandas feitas à instituição e, sobretudo, consolidar seu Projeto Ético Político, o profissional de serviço social precisa,

²⁰ As Comarcas são consideradas as “menores unidades administrativas do Poder Judiciário. Elas são responsáveis pela execução das atividades, respondendo pela operacionalização deste Poder, em nível micro”. (FAVERO, 1999, p.20). Em Santa Catarina estas Comarcas estão localizadas em Palhoça, Tubarão, São Miguel do Oeste, Rio do Sul, Jaraguá do Sul, Balneário Camboriú, Joinville, Blumenau, São José, Itajaí, Chapecó, Lages e Florianópolis.

em sua área de atuação, desenvolver um trabalho multidisciplinar, não só com os profissionais da instituição, mas também com os profissionais da rede municipal e estadual de atendimento assim como com os usuários.

Sobre este assunto o ato n.115 do MP coloca que o Assistente Social tem por função “orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso desses no atendimento e na defesa de seus direitos”, garantindo desta forma o pleno atendimento e a efetivação do direito à saúde de crianças e adolescentes.

Desta forma, o profissional de Serviço Social, bem como o estagiário de Serviço Social, dentro da Promotoria de Justiça da Infância e Juventude - PJIJ tem por função atender o usuário, orientando e encaminhando suas demandas em trâmites legais de modo a efetivar os direitos infanto-juvenis.

A Promotoria de Justiça da Infância e Juventude de Florianópolis conta hoje com duas Assistentes Sociais e uma estagiária de Serviço Social que atendem em salas individualizadas para melhor privacidade do usuário.

Durante o nosso período de estágio na PJIJ na Comarca de Florianópolis foram feitos muitos atendimentos que tratavam da efetivação do direito à saúde infanto-juvenil. A saúde infanto-juvenil representa, não só para o MP, mas também ao Estado como todo, um problema sério, devido ao excesso de demandas e a escassez de especialistas, hospitais e até mesmo medicamentos para atendê-los. Muitos pais não conseguem acessar aos serviços, os tratamentos e os medicamentos necessários ao tratamento de seus filhos, devido a não padronização destes itens pelo município e pelo Estado, o que instiga os familiares a procurarem meios jurídicos que garantam a saúde e a vida de seus filhos, netos, sobrinhos, entre outros.

Em meio aos atendimentos aos usuários, o Serviço Social procura promover um trabalho ampliado de modo a efetivar os direitos à saúde de crianças e adolescentes, através do fornecimento por via judicial, de medicamentos de uso contínuo e, tratamentos clínicos em hospitais e clínicas da rede municipal ou estadual de saúde, mas a sua efetivação nem sempre é garantida. Em muitos dos atendimentos realizados enfrentamos vários empecilhos (documentação, conhecimento dos usuários sobre os

direitos a saúde, burocratização do processo) que dificultam e atrasam o fornecimento do direito. Entre as maiores dificuldades estão:

- a) A falta de conhecimento do usuário sobre seus direitos. Durante os atendimentos observamos, em meio ao diálogo com os usuários, que estes são encaminhados à Promotoria de Justiça sem nenhuma orientação dos procedimentos a serem seguidos, bem como desconhecem a função do MP em salvaguardar os direitos infanto-juvenis.
- b) A falta de conhecimento sobre os procedimentos jurídicos dos profissionais de saúde. Por ocasião do atendimento aos usuários, observamos que estes desconhecem os procedimentos e documentos necessários para a efetivação dos serviços de saúde. Este desconhecimento é causado pela falta de informação dos próprios profissionais na instituição de atendimento, inclusive dos coordenadores de programas direcionados à saúde infanto-juvenil.
- c) A burocratização do processo. Após a instauração do processo, e a inclusão de todos os documentos, este é avaliado pelo Promotor de Justiça e encaminhado ao Juiz de Direito. Assim, o processo tramita contra o Estado que, por muitas vezes, recorre da sentença, solicitando a entrega de mais documentos, que por vezes são desnecessários (ex: comprovante de renda), o que resulta na morosidade da ação e do não fornecimento da medicação (meses e anos), contrariando os direitos estabelecidos pelo ECA.

Assim, após os primeiros atendimentos prestados fica evidente a falta de informação por parte dos usuários, não só sobre os procedimentos a serem seguidos em um processo judicial, mas também ao acesso aos serviços da rede municipal e estadual de saúde. O usuário costuma queixar-se dos serviços prestados pelos profissionais na área de saúde e da falta de informações corretas, pois são encaminhados para diversas instituições, vagando, muitas vezes, de um órgão para outro do poder público, em geral sem êxito na solução de suas demandas.

Diante desta situação, procuramos (estagiária e Assistente Social) prestar orientações e explicações aos usuários sobre seus direitos e a forma correta de acesso a eles, bem como os trâmites do processo, possibilitando que estes, por si próprios,

acompanhem as tramitações processuais. Apesar deste trabalho, as ações são insuficientes para garantir o direito à saúde infanto-juvenil, pois a justiça trabalha com demandas individualizadas que conseguem chegar até ela, ou seja, o sistema judiciário ainda é um serviço restrito que não fortalece o Sistema Único de Saúde – SUS.

A instauração e a tramitação processual com relação a saúde infanto-juvenil até final de 2008, podia ser acompanhada pela Promotoria de Justiça da Infância e Juventude, mas devido aos empecilhos enfrentadas e a morosidade do acesso ao direito, o Ministério Público de Santa Catarina preferiu uniformizar o entendimento do processo e encaminhá-lo a nível da União. Através do decreto nº13/2008 o MP admitiu o chamamento da União nas ações judiciais que buscam o fornecimento de medicamentos que não são padronizados pelo SUS, sendo viabilizada pela Defensoria Pública da União.

Através das funções aqui expostas o Serviço Social da Promotoria de Justiça da Infância e Juventude, exerce sua atuação profissional no campo da defesa dos direitos proclamados, mas não efetivados. Ainda assim, apesar das dificuldades institucionais e processuais o Assistente Social precisa estar capacitado para trabalhar com as questões sociais postas no cotidiano, bem como precisa estar capacitado para trabalhar em conjunto, informando e orientado os profissionais da rede de forma multidisciplinar para que estes encaminhem de forma correta e ágil o usuário, em conformidade com o ato n. 115²¹ e com o Termo de Ajustamento de Conduta estabelecido em 1988 entre o Ministério Público e o Estado²². A cláusula 11 estabelece que a rede de atendimento deve “ampliar, sempre que possível, e manter programas de capacitação permanente dos profissionais da saúde”, o que não vem ocorrendo.

Sobre este assunto PIZZOL e SILVA (2001, p. 21) falam que a sociedade “exige um profissional informado e criativo, apostando na autopromoção dos indivíduos e também comprometido nos níveis de assessoria, planejamento, negociação, mediação, pesquisa, ação, avaliação e serviços sociais de qualidade”.

Levando em conta tais afirmações e argumentações, pode-se destacar que a ação profissional do Serviço Social no campo Jurídico encontra-se em terreno fértil, dando ao

²¹ “Orientar indivíduos no sentido de identificar recursos e utilizá-los na garantia dos direitos”.

²² O Estado, através da rede de atendimentos, deveria cumprir 25 obrigações, visando salvaguardar a saúde infanto-juvenil.

profissional uma gama de possibilidades de intervenção, muitas vezes enfrentando desafios e contradições em prol do acesso ao direito à saúde.

3.2 – Caracterização dos usuários do Serviço Social na Promotoria de Justiça da Infância e Juventude da Capital

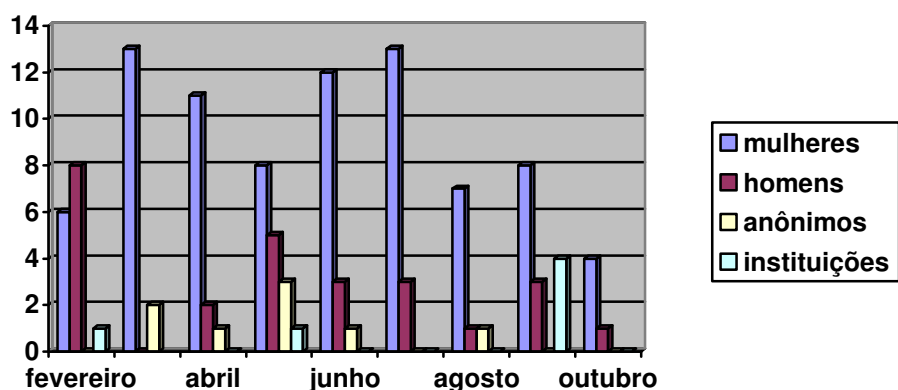
A Promotoria de Justiça da Infância e Juventude da Comarca de Florianópolis se caracteriza como Órgão de Apoio Técnico do Ministério Público de Santa Catarina - MPSC e tem como incumbência proteger os direitos de crianças e adolescentes, livrando-os de qualquer situação de risco social (violência, dependência, abandono, negligência, etc), bem como procura defender a ordem legal disposta pela Constituição Federal de 1988 e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

A Promotoria de Justiça tem por objetivo representar juridicamente a criança e o adolescente, com vista a defender seu direito a uma vida digna e saudável. Visando garantir tal objetivo cabe o MP “efetuar recomendações visando à melhoria dos serviços públicos e de relevância pública afetos à criança e ao adolescente, fixando prazo razoável para sua perfeita adequação”, podendo intervir em qualquer situação pertinente à área da infância e juventude, como já explicado anteriormente. (BRASIL, 1990, Art 201).

Assim, a população atendida pela Promotoria de Justiça da Infância e Juventude é de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, representados por familiares (pais, avós, tios), conhecidos (parentes, vizinhos), e Instituições de direito (Conselho Tutelar, SENTINELA, etc), que procuram denunciar e solicitar serviços relacionados, principalmente, ao direito à saúde.

Entre os atendimentos feitos aos usuários na PJIJ, durante o período de estágio (01.02.07 a 14.12.08), o que constatamos é que a maioria é de pais e mães de família que procuram na Promotoria a garantia de acesso aos serviços de saúde a seus filhos, tais como medicamentos contínuos e tratamentos, que não são padronizados pela Secretaria estadual e municipal de saúde ou não são fornecidos pela rede de atendimento básico, bem como mostra o gráfico 1.

Gráfico 1 - Sexo dos usuários atendidos pelo Serviço Social na Promotoria de Justiça da Infância e Juventude de Santa Catarina (01/02/2007 à 14/12/2008).



Fonte: dados coletados no Sistema de Informação Gerencial – SIG do Ministério Público de Santa Catarina.

Entre os solicitantes de serviços, 74% são mulheres, mães, tias, avós de crianças e adolescentes doentes, que precisavam de medicamentos de uso contínuo, mostrando que, ainda, são as mulheres que detém o papel de cuidadoras; 14,5% são homens, pais de famílias, que geralmente vem reivindicar os direitos de seus filhos e denunciar a recusa do atendimento por parte das instituições médico-hospitalares e, 11,2% é de instituições e ligações anônimas, que solicitam serviços médicos (medicamentos, exames e tratamentos) ou realizam denúncias aos serviços prestados pela rede.

Através do atendimento é possível notar que os usuários que buscam auxílio na PJIJ são pessoas vulnerabilizadas que não conseguem acessar os serviços médicos ou não possuem recursos financeiros para resguardar a saúde de seus filhos. Geralmente são pessoas da própria região de Florianópolis, havendo poucos casos

em que pessoas de outros municípios solicitam os serviços desta instituição. Nestes casos é o próprio hospital ou Conselho Tutelar que os solicitam.

O que se destaca nesses dados é a falta de informação dos usuários, no tocante aos direitos e a forma de acessá-los. Poucos são os pais que conhecem, de forma ampla, os direitos à saúde das crianças e dos adolescentes, ou seja, dos direitos estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, promulgado em 1990.

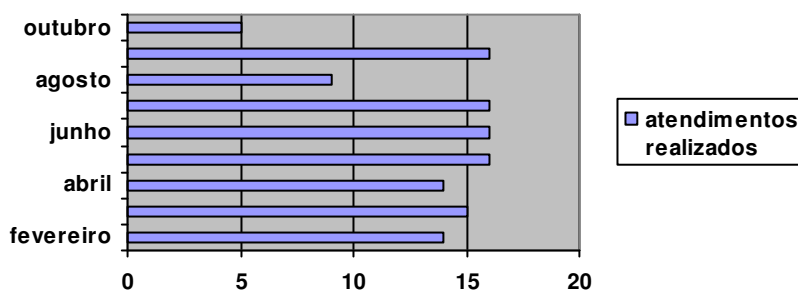
Durante os atendimentos aos usuários (pai, mãe, avó, etc) na PJIJ, todos relataram que foram encaminhados por instituições de atendimento médico-hospitalares, principalmente pelo Hospital Infantil Joana de Gusmão, que atende a maioria das crianças e adolescentes da região de Florianópolis mas, quando perguntados a respeito dos documentos necessários para a instauração da ação civil pública, relatavam que desconheciam os procedimentos a serem seguidos, ou seja, não tinham sido devidamente orientados para que o processo fosse agilizado.

Muitos relataram a falta de informação prestada pelos profissionais de saúde às famílias sobre os procedimentos para obtenção dos medicamentos ou tratamento a ser feito, além do que, muitos são encaminhados para diferentes instituições, entre elas o Conselho Tutelar e a Secretaria Estadual de Saúde que, por muitas vezes, não conhecem os procedimentos e não sabem informar o usuário de forma correta.

A falta de informações repassadas pela Secretaria de Saúde do Estado aos seus profissionais redundava na necessidade de remarcação da consulta para conseguir uma declaração médica específica e também havia a dificuldade de conseguir outras documentações em razão de não terem tempo para providenciá-las, pois trabalham o dia todo.

Esse total desconhecimento dos procedimentos corretos durante o atendimento clínico-hospitalar dificulta e retarda o acesso da criança ou adolescente ao medicamento necessário. Há famílias, em razão das dificuldades, que desistem de demandar pelos medicamentos, junto a Promotoria de Justiça da Infância e Juventude – PJIJ, e há, também, os que sequer conhecem a instituição uma vez que seus serviços são pouco divulgados como podemos ver no gráfico a seguir:

Gráfico 2 - Atendimentos efetuados durante fevereiro a outubro de 2008



Fonte: dados coletados no Sistema de Informação Gerencial – SIG do Ministério Público de Santa Catarina.

Durante o período de estágio – fevereiro de 2008 a outubro de 2008 – contabilizamos uma média de 13 a 16 atendimentos registrados ao mês, uma vez que nem todas as demandas atendidas pela Promotoria são registradas no Sistema de Informação Gerencial – SIG da instituição. As demandas atendidas e não registradas, geralmente, são casos de orientações e esclarecimentos sobre direitos e encaminhamentos sobre documentos e procedimentos.

Apesar de a Promotoria de Justiça ser órgão de defesa do direito infanto-juvenil, sem distinção de renda ou situação social, verificamos que a maioria dos usuários que procura o órgão é de pessoas de baixo poder aquisitivo, ou seja, que ganham em média um a dois salários mínimos.

Diante da constatação da falta de informação generalizada dos usuários quanto aos serviços oferecidos às crianças e aos adolescentes, procuramos conhecer mais amplamente os serviços prestados a este segmento da população, coletando dados e informações sobre os programas e atendimentos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Secretaria do Estado da Saúde (SES),

Assim, procuramos conversar com três profissionais da rede de atendimento²³, responsáveis pelos programas e projetos na área da saúde infanto-juvenil, desenvolvidos pelo município e pelo Estado. Para resguardar a individualidade dos profissionais, utilizaremos letras fictícias, desta forma, identificaremos os dois profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como **M** e **N** e, nomearemos o funcionário da Secretaria do Estado da Saúde (SES) de **A**.

²³ Os profissionais “entrevistados” (M, N e A) autorizaram a exposição das informações prestadas sobre os programas e serviços fornecidos ao público infanto-juvenil.

3.3- Dos serviços oferecidos ao público infanto-juvenil.

Com o intuito de colher esclarecimentos sobre os serviços oferecidos ao público infanto-juvenil inicialmente procuramos a Secretaria Estadual de Saúde da região de Florianópolis. Em contato com esta, foi possível conversar com um dos coordenadores do programa “Saúde da Criança e do Adolescente”, o senhor **A**²⁴. O diálogo possibilitou a ampliação do conhecimento sobre o funcionamento da saúde pública e a dificuldade do acesso aos serviços e aos programas existentes.

O segundo contato foi feito na Secretaria Municipal de Saúde, através do programa “Capital Criança”, no setor de Atenção Básica. Conversamos com duas coordenadoras do programa, mais especificamente com uma médica e uma enfermeira. Assim, coletamos dados que nos propiciaram um maior entendimento sobre os serviços fornecidos e a compreensão do conhecimento das profissionais sobre os assuntos direcionados à saúde.

A escolha dos profissionais justifica-se por estes coordenarem os programas que tratam da saúde infanto-juvenil, e por serem estes os garantidores dos serviços fornecidos a esta população, o que poderia facilitar o repasse de informações sobre os serviços de saúde existentes no município e no Estado.

Durante o diálogo com os profissionais foram feitas anotações e recebemos documentos explicativos do trabalho desenvolvido nas Secretarias (*folders*), para auxiliar na compreensão do trabalho realizado aos usuários. O diálogo construído foi rico, tendo em vista que houve troca de informações entre ambos, em que dúvidas foram tiradas, fortalecendo o conhecimento e um trabalho conjunto entre os profissionais.

Conforme as observações realizadas durante o atendimento ao usuário na Promotoria de Justiça da Infância e Juventude - PJIJ e as conversas realizadas com os profissionais responsáveis pelos serviços fornecidos a este público, foi possível

²⁴ Funcionário da Secretaria do Estado da Saúde, responsável pelo Departamento de Saúde Infanto-juvenil.

construir uma análise crítica sobre as informações coletadas que serão expostas a seguir.

Os três profissionais entrevistados procuraram fornecer informações sobre os serviços que prestam no município, explicando o funcionamento dos projetos e serviços, o que já foi conquistado até o momento e o que falta conquistar em prol da saúde infanto-juvenil, comentando, desta forma, as dificuldades enfrentadas no decorrer da construção de uma saúde igualitária e universal para crianças e adolescentes.

Buscou-se conhecer através do diálogo, o que a rede municipal e estadual de saúde disponibiliza às famílias e os serviços dispensados às crianças e aos adolescentes doentes, já que muitos dos serviços necessários não estão padronizados e não são oferecidos às famílias (medicamentos de alto custo e de uso contínuo, tratamentos de alta complexidade, etc). Em virtude desta informação procuramos constatar quais as informações e as orientações realizadas pelas instituições às famílias, bem como o atendimento que os profissionais dispensam aos usuários de modo a alcançar os direitos à saúde.

A funcionária **N** relatou que a Secretaria de Saúde Municipal (SMS) oferece os serviços de atenção básica à saúde infanto-juvenil através dos programas e projetos existentes na rede (unidades de saúde), sendo estes organizados pelo Programa Capital Criança. O programa Capital Criança atende crianças com até 10 anos de vida completos, sendo os adolescentes atendidos de forma emergencial.

O atendimento realizado a crianças pela SMS inicia com o nascimento da mesma na maternidade. No local os agentes da SMS desenvolvem um trabalho de orientação às mães sobre os primeiros cuidados com o bebê. Neste atendimento é fornecido um “KIT” de materiais de higienização da criança com *folders* explicativos²⁵, que orientam as mães do trato com o recém nascido, encaminhando-as, em seguida, ao posto de saúde para continuação do acompanhamento da saúde do bebê até o segundo ano de vida (vacinações). Após este período, a criança passa a ser acompanhada pelos programas existentes na unidade local de saúde quando apresenta problemas em seu desenvolvimento físico, social ou psicológico.

²⁵ Em anexo

Sobre os serviços especializados do atendimento infanto-juvenil, estes são feitos somente nas unidades de saúde através de marcações de consultas, sendo alguns encaminhados a especialistas disponibilizados pela rede. No que se refere a esta questão, **N** relata que nem todos os especialistas estão disponíveis ao atendimento do público infantil, desta forma, a SMS conta com a parceria de unidades privadas de saúde, uma delas é a UNIMED, que disponibiliza serviços especializados não existentes na rede municipal.

Durante a conversa, **N** relata ainda a dificuldade de acesso aos serviços fornecidos pelo Estado, sendo mais fácil conseguir atendimento nas próprias instituições privadas, já que as consultas disponibilizadas pelo Centro de Informática e Automação do Estado de Santa Catarina - CIASC podem demorar de 2 a 3 anos para serem realizadas. O CIASC libera às unidades de saúde locais marcações de consultas com diversos especialistas.

Em relação aos programas desenvolvidos pela SMS²⁶, especificamente o Programa do Leite, perguntamos à profissional qual são os procedimentos relativos ao fornecimento do leite Neocate (leite especial), considerado pelo Estado como medicação. **N** relatou que o referido leite não está padronizado pela SMS, desta forma, a Secretaria fornece à família uma carta negando o fornecimento do leite, para que esta possa solicitá-lo ao Estado. Sobre os encaminhamentos feitos durante o atendimento, **N** relatou que as informações repassadas são escassas, sendo o usuário encaminhado ao DIAF e, por vezes, à 18ª Secretaria do Estado²⁷, não sabendo ao certo a instituição correta a procurar.

As **N** e **M** comentaram que a maioria destas famílias é encaminhada a diferentes instituições, sem que estas obtenham respostas ou informações corretas sobre suas dúvidas e demandas, ou seja, muitas delas percorrem várias instituições sem serem atendidas amplamente. **N** esclarece dizendo que muitas famílias ao serem encaminhadas às instituições retornam sem informações corretas, procurando mais

²⁶ 1 - o Hora de Comer: destinado a crianças com até 5 anos de vida em com baixo peso. Este projeto trata de uma cesta básica fornecida mediante avaliação médica que comprove a necessidade da família; 2- Programa do Leite: destinado a crianças com até 2 anos de vida em baixo peso, sem comprovação de renda familiar.

²⁷ De acordo com as profissionais, o próprio DIAF, por vezes solicita o encaminhamento do usuário a 18ª Secretaria do Estado.

informações, que não estão em condições de fornecer, por não conhecerem os procedimentos exatos. Por não serem solicitadas, algumas famílias encaminhadas não dão retorno a SMS, o que redundava em desconhecimento sobre os resultados obtidos pelo usuário.

O retorno dos usuários revela que as orientações dispensadas às famílias são fragmentadas, ou seja, apesar do conhecimento dos programas e projetos existentes no município, os profissionais não conhecem os procedimentos e serviços relacionados aos direitos à saúde fornecidos por outros órgãos públicos existentes, como a estadual, o que demonstra uma desconexão do que deveria ser uma rede de atendimento.

Tendo observado tal limitação, algumas considerações foram feitas sobre os serviços disponibilizados pelo Estado ao município. **N** relata que o Estado só intervém quando não há por parte do município o serviço solicitado. Relata ainda, com um pouco de dúvida, que a SMS procura esgotar todas as possibilidades de ação antes de recorrerem ao Estado. Sobre este assunto **M** relatou, ainda, que o Estado fornece serviços de média e alta complexidade, enquanto a SMS fornece os serviços de atenção básica e alguns de média complexidade. Sobre este assunto, as duas profissionais expuseram que o objetivo central é construir uma gestão plena, para que os atendimentos e os serviços prestados nos diferentes níveis possam ser conduzidos, também, pelo município, mas que este sonho ainda está distante, uma vez que são fornecidos somente pelo Estado.

Diante das informações prestadas, considera-se que a informação é a principal arma para combater as violações de direitos, e sobre isso Fazenda (2002, p. 13) expõem que o educador, no caso o profissional, “precisa estar sempre se apropriando de novos e infinitos conhecimentos”, fazendo para isso parcerias e alianças para enfrentar a realidade cotidiana.

No tocante aos procedimentos corretos a serem seguidos para obtenção do medicamento ou tratamento não padronizado pela Secretaria Municipal ou do Estado da Saúde, as profissionais pouco sabiam sobre o assunto, encaminhando os usuários somente ao DIAF ou a 18ª Secretaria do Estado, sem mais explicações referentes ao assunto. As funcionárias aproveitaram a oportunidade para solicitarem informações

sobre os procedimentos a serem seguidos para efetivar o direito à saúde violado, as quais foram fornecidas e minuciosamente explicadas.

Diante de tal informação, **M** comentou que as informações prestadas a elas são feitas de maneira equivocada, o que atrasa na efetivação da demanda, fazendo com que muitos usuários retornem a Secretaria Municipal sem um direcionamento correto. Relatou ainda que leis e programas existem, o problema central são as formas de encaminhamento e orientações prestadas aos usuários, que em sua maioria ocorrem de forma errada (são encaminhadas a instituições erradas, e sem a documentação necessária).

As profissionais da SMS relataram, ainda, que fazem o que podem para garantir o acesso da população infanto-juvenil aos serviços de saúde, mas com relação ao fornecimento de medicamentos e tratamentos não padronizados pouco ou nada podem fazer a respeito, já que além da demanda ser responsabilidade do Estado, estas desconhecem os procedimentos a serem feitos.

Após dois dias da conversa realizada com as profissionais da SMS, retornamos à instituição para dar encaminhamento às dúvidas levantadas por estas. Assim, informamos sobre todos os procedimentos e entregamos as profissionais a relação de toda documentação necessária referente ao processo para a obtenção e efetivação do direito à saúde, para que se possa, futuramente, realizar um trabalho amplo.

No que diz respeito à Secretaria Estadual de Saúde, conversamos com o responsável pelo setor “Saúde da Criança e do adolescente”. Este programa é um programa gerencial e tem como função assessorar a implementação dos programas realizados pelo Município, através da capacitação aos profissionais da rede municipal de saúde. Desta maneira o programa funciona como incentivo às ações realizadas pela SMS, não conotando repasse financeiro.

O senhor **A** comentou sobre os serviços oferecidos pelo Estado e pelo Município, bem como explicou e relatou a existência dos Pactos pela Vida e os Ajustamentos de Condutas afirmados em prol da saúde infanto-juvenil. Assim argumentou que muitos acordos foram e estão sendo feitos para regularizar o atendimento ao usuário e os serviços de saúde, mas, mesmo assim, considera a dificuldade de acesso de alguns

serviços, tais como o fornecimento de medicação e tratamentos caros, já que estes precisam ser solicitados judicialmente.

Relata, ainda, que são poucos os usuários que conhecem os procedimentos a serem feitos e os documentos necessários para a instauração de procedimentos jurídicos, pois muitas vezes a criança fica sem a medicação por falta de informação do profissional que atende a família. Estas informações deveriam ser dadas aos usuários pelos profissionais da rede de atendimento, já que as documentações necessárias ao processo são repassadas pelas mesmas.

Feitas algumas considerações sobre os procedimentos a serem seguidos, o funcionário da SES mostrou conhecer os procedimentos, cabendo a nós considerar que as informações não estão sendo repassadas às instituições de atendimento e aos profissionais em nível municipal. Estas informações deveriam ser repassadas aos profissionais durante os programas de capacitação realizados pelo Estado, uma vez que a função do setor “Saúde da Criança e do Adolescente” é assessorar os programas de saúde municipal através de capacitações profissionais.

Pedro (1999, p.17) coloca a preocupação com o apoio à família, e explica que é preciso “estratégias de intervenção precoce que visem, sobretudo, um apoio aos pais num contexto de modelo porventura diferente do que tem servido de filosofia às gerações dos profissionais de saúde nas últimas décadas“. Assim o Serviço Social tem um papel importante neste processo e, cabe dizer, imprescindível na efetivação não só dos direitos, mas também na viabilização deste no âmbito do atendimento, ou seja, cabe aos assistentes sociais, junto com outros profissionais, capacitar e instrumentalizar os usuários quanto a seus direitos, e integrar os serviços, realizando um atendimento amplo e em todos os níveis.

Assim, percebe-se que apesar da Constituição de 1988 e do ECA garantir o acesso aos direitos a saúde e a obtenção de todos os tratamentos e medicamentos necessários a manutenção da vida, pouco são as informações prestadas aos usuários sobre os procedimentos de acesso ao direito, bem como são poucos as informações prestadas aos profissionais da área da saúde sobre os programas e projetos existentes em todas as instâncias de atendimento (municipal e estadual), não havendo, assim, um trabalho ampliado em rede.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social faz uma reflexão sobre os serviços de saúde disponibilizados ao público infanto-juvenil em Florianópolis/SC e a intervenção realizada para o acesso aos serviços de forma universal e equitativa, contando com o auxílio das principais instituições de atendimento à saúde de crianças e adolescentes: a Secretaria de Saúde Municipal e a do Estado. O tema que desenvolvemos tem como recorte a garantia do tratamento de saúde não padronizado pelo município de Florianópolis e pelo Estado de Santa Catarina.

No decorrer do trabalho procuramos evidenciar o conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao acesso aos procedimentos e a documentação necessária à efetivação aos serviços de saúde infanto-juvenil, mostrando as dificuldades apresentadas em todo o processo de atendimento da demanda por saúde.

Mostramos que a história do sistema público de saúde no Brasil movimentou muitas discussões, a partir das quais se objetivava assegurar à sociedade o acesso aos serviços de maneira ampla e igualitária, apesar de a formação de uma política de saúde no Brasil ter acontecido tardiamente, em razão do seu caráter conservador. Até o período republicano nenhum serviço era dispensado à criança e ao adolescente de maneira diferenciada da dos adultos, sendo estabelecidas até então, políticas higienistas e ações fragmentadas, de forma a prevenir enfermidades, ou seja, as práticas de saúde que até o período republicano estiveram estagnadas, sob a ótica de uma prática epidemiológica e centralizada, influenciaram e contribuíram para o desenvolvimento de políticas sociais públicas fragmentadas e, por vezes, ineficazes.

O desenvolvimento de uma política de saúde pública no Brasil só começou a ser pensado com o crescimento da industrialização e a vinda de mão-de-obra do campo para a cidade, modificando toda a estrutura da sociedade e a percepção do trabalhador saudável como centro da riqueza do Estado, passando a saúde a não ser só responsabilidade do cidadão, mas também do Estado.

Neste período a criança e o adolescente passaram a ser alvo de intervenção do Estado, sendo a família responsabilizada pelas ações e cuidados dispensados a este segmento da população. Foram criadas diversas instituições com o objetivo de

salvaguardar a saúde da criança e do adolescente (Educandários, SAM, FUNABEM (FEBENS), etc), mas estes desenvolveram um sistema assistencial deficitário, fragmentado e excludente, desviando totalmente o significado original de seu surgimento.

Os Códigos de Menores instituídos em 1927 e em 1979 não privilegiaram os direitos infanto-juvenis, marginalizando muitas crianças e adolescentes. Os serviços na área da saúde continuaram focalizados na situação de pobreza, excluindo boa parcela desta população.

Assim, apesar de a população, no período da industrialização, começar a exigir novas condições de saúde para si e para suas crianças, foi somente com o movimento pela Reforma Sanitária e a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, nos anos 1970-1980, que a saúde passou a ser discutida sobre outro viés, assumindo novas variáveis antes ignoradas (meio físico, meio sócio-econômico e cultural), assim, a saúde passa a ser considerada um estado de bem-estar social, cultural, físico e biológico. Buscava-se a construção de um novo sistema único de saúde baseado na igualdade e na equidade, que só se implantaria com a proclamação, em 1988, da Constituição Federativa do Brasil, estabelecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Os direitos infanto-juvenis foram, então, reconhecidos com a regulamentação, em 1990, do artigo 227 da Constituição de 1988, instituindo o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei n. 8069), que procura garantir os direitos e os deveres de crianças e adolescentes de forma igualitária e universal, contando com absoluta prioridade dos serviços e dos atendimentos.

Após a legitimação da Constituição de 1988 e do ECA em 1990, a criança e o adolescente passam a ser cidadãos de direitos, estes garantidos e defendidos constitucionalmente e judicialmente. Contudo, apesar de todo o alicerce constitucional, nem sempre há acesso aos serviços e às informações sobre os direitos e procedimentos de como acessá-los.

Neste contexto, a família ganha um papel fundamental na efetivação dos direitos de crianças e adolescentes, defendendo suas demandas (direito ao medicamento e tratamento necessários para a recuperação de suas crianças e adolescentes) através

de órgãos de defesa pública. Muitos pais não conseguem acessar os serviços, tratamentos e medicamentos necessários, devido a não padronização²⁸ destes itens pelo município e pelo Estado, o que instiga os familiares a procurarem meios jurídicos que garantam a vida de seus membros.

O momento de vulnerabilidade da família fica evidenciado quando há o adoecimento de um membro causando estresse e conflito familiar, principalmente quando o Estado não garante meios para que a família possa manter sua qualidade de vida. No entanto, a família, por sua vez, quando procura ajuda na justiça, poucas vezes tem seus direitos assegurados, devido à falta de informação prestada pelas instituições de atendimento sobre os procedimentos corretos e necessários para o efetivo direito à saúde. Assim, para salvaguardar os direitos de seus filhos, o usuário procura a Promotoria de Justiça da Infância e Juventude de Florianópolis, órgão de apoio técnico do Ministério Público.

No período de estágio em Serviço Social na Promotoria de Justiça da Infância e Juventude, ocorrido entre 01/02/2007 à 14/12/2008, observamos que a demanda mais solicitada dos usuários correspondia ao acesso aos serviços de saúde (medicamentos especiais, tratamentos de alta complexidade, etc) não fornecidos pela Secretaria de saúde municipal e do Estado. Durante os atendimentos os usuários relataram suas insatisfações pela falta de informação recebida pelas instituições de saúde sobre os procedimentos e documentos, haja vista que, chegando à Promotoria de Justiça se deparavam com o elevado número de documentos (declaração e atestado médico, negativa do DIAF, e documentos de identificação do responsável e da criança), geralmente de difícil acesso, levando, conseqüentemente, ao atraso na tramitação do processo e até a não efetivação do direito.

Tendo em vista a morosidade deste trâmite processual, a burocratização e a dificuldade na obtenção dos documentos necessários (com remarcação de consultas e visitas a instituições, o que leva muito tempo), procuramos identificar as causas da desinformação dos usuários assim como quais os serviços disponibilizados a este público infanto-juvenil em nível municipal e estadual. Realizamos visitas institucionais

²⁸ Alguns medicamentos de alta ou média complexidade não são fornecimentos pela Secretaria do Estado da Saúde, geralmente, devido ao alto custo destes.

aos principais órgãos de atendimento à saúde de Florianópolis-SC, quais sejam: a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria do Estado da Saúde. Durante as visitas institucionais, conversamos com profissionais da área da saúde, responsáveis pela coordenação do programa Saúde da Criança e do Adolescente, procurando saber destes, as intervenções realizadas e as informações repassadas aos usuários, bem como conhecer os encaminhamentos feitos durante este processo.

Durante as visitas percebemos que as crianças e os adolescentes são atendidos pelos serviços da rede municipal de saúde de maneira fragmentada, ou seja, somente são acompanhados pelos profissionais de saúde quando há um problema de saúde identificado. Após o atendimento à família, suas demandas são encaminhadas a outras instituições, que em geral não respondem suas dúvidas, fazendo com que, muitas vezes, retornem à Secretaria sem obter êxito. Por vezes, o solicitante não é mais visto, havendo desconhecimento dos resultados alcançados pelo usuário na efetivação do direito ao medicamento ou ao tratamento desejado.

No tocante às informações repassadas, os profissionais pouco ou nada conheciam sobre os procedimentos a serem adotados, conseqüentemente, poucas informações eram repassadas aos usuários de forma correta, fazendo com que muitos retornassem à instituição solicitando mais informações.

Em relação ao profissional do Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Estadual de Saúde²⁹, este mostrou que possui um amplo conhecimento sobre os procedimentos a serem adotados caso o medicamento necessário não seja fornecido, bem como conhece os serviços de saúde disponibilizados pelo município, reconhecendo a dificuldade e a demora do acesso a estes serviços. Isto nos faz concluir que as informações sobre o direito à saúde e sua forma de acesso (procedimentos, documentos, etc), tão importantes no atendimento ao usuário, não são repassadas durante os cursos de capacitação, comprovando que não há um trabalho em rede em prol da efetivação do direito à saúde e ao acesso a todos os serviços, garantidos constitucionalmente.

²⁹ Responsável pelo assessoramento e implementação de programas e ações do município, através de capacitações profissionais.

Durante o período de estágio na Promotoria constatamos a desconexão entre as instituições e nos conscientizamos do quanto o profissional de Serviço Social se torna imprescindível na obtenção dos direitos e na propagação das informações, pois cada instituição necessita e deve conhecer todos os meios e procedimentos em sua área de atuação para o acesso ao direito à saúde.

Assim, em meio à vivência desta prática, foi possível perceber a necessidade de um trabalho integrado (a curto prazo), em que cada instituição deveria elaborar cartilhas, folhetos explicativos, *folders*, e entregá-los às principais instituições de atendimento de saúde, para que os usuários se informem e sejam encaminhados de maneira mais ágil, assegurando e salvaguardando a saúde de muitas crianças e adolescentes de forma plena.

Constatamos, ainda, a necessidade de cursos de capacitação mais amplos sobre o atendimento ao usuário, seus direitos, repasse de informações e os procedimentos adotados em meio a não efetivação do acesso à saúde. Esta questão sobre os cursos de capacitação deve ser levada à Secretaria do Estado da Saúde, já que este é responsável pelo assessoramento e implementação dos programas no município.

As informações prestadas mostraram a necessidade do desenvolvimento, por parte dos profissionais de saúde, de um trabalho interdisciplinar e intersetorial, para melhor atender e encaminhar o usuário que necessita de serviços, principalmente quando estes não estão padronizados pelo município e pelo Estado. Assim, se torna necessário, acima de tudo, lutar pela capacitação profissional, para que as diferentes áreas de atendimento à saúde infanto-juvenil trabalhem de forma integrada, melhorando o atendimento e facilitando o acesso dos usuários aos órgãos de direito de forma mais ágil.

A longo prazo é necessário reconhecermos estes elementos na formação e na estrutura institucional, bem como na estrutura organizacional das instituições, já que nem todas possuem em seu quadro um profissional de serviço social como é o caso da Secretaria de Saúde Municipal. Como categoria profissional é necessário repensarmos a necessidade do exercício profissional em todas as instâncias de atendimento à saúde infanto-juvenil para a realização de um trabalho ampliado entre as diferentes instâncias: saúde, judiciário e criança e adolescente.

REFERÊNCIAS:

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS; AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte avançado de vida em pediatria.** [Rio de Janeiro]: AHA; AAP, [1998].

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares; MARTINS JUNIOR, Tomaz. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Scielo Public Health:** Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, agost. 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700026>. Acesso em: 14 dez. 2008.

BENEVIDES, Maria Victória. **A questão Social no Brasil:** os direitos econômicos e sociais como direitos fundamentais. São Paulo: USP. Disponível em: <<http://www.hottopos.com/vdletras3/vitoria.htm>>. Acesso em: 15 out. 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1998.

BRASIL. **LEI 8.069** - Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, DF: Senado, 13 julho de 1990.

BRASIL. **Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990.** Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 2005.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 30 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança:** acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde:** Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_rel.pdf%20>. Acesso em 05 fev. 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro; ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier (Org.). **Capacitação para Conselheiros de Saúde:** textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPERXT/NAPE, 2001.

CARREIRÃO, Elizabeth Callado de Oliveira. **O adolescente e o atendimento público de saúde:** as mudanças com o advento do Estatuto da criança e do adolescente. 2002. 97f. Dissertação de Mestrado (Pós-Graduação em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CARVALHO, Maria do Carmo. B. A priorização da família na agenda da Política Social. In: KALOUSTIAN, S. (Org). **Família brasileira a base de tudo**. São Paulo: Cortez; UNICEF, 1994. p. 93-108.

CERVENY, Ceneide M. de O; BERTHOUD, Cristiana M. E. **Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

COHN, Amélia. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

COHN, Amélia; Elias, Paulo E. **Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços**. 5.ed. São Paulo: Cortez; CEDEC, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE PROCURADORES – GERAIS DE JUSTIÇA, 2., ENCONTRO ESTADUAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 23., Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Procuradoria Geral de Justiça de Santa Catarina; Associação Catarinense do Ministério Público, 1982.

CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **RELATÓRIO FINAL DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**. Disponível em: <http://www.crf-rj.org.br/crf/legislacao/leis/legis_comp_relatorio_fvcns.asp>. Acesso em: 04 nov. 2008.

DESCHAMPS, Diogo Luiz. **A Função Social do Ministério Público nos Juizados Especiais Criminais**. 2007. 100f. Trabalho de Conclusão de Curso (Departamento de Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

DHNET (Ed.). **DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS - UNIACEF**. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/c_a/lex41.htm>. Acesso em: 01 dez. 2008.

ESCRITÓRIO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Análise das políticas e programas sociais no Brasil**. Brasília: OIT. 2004.

FALEIROS, Vicente. A Previdência Social no Brasil. In_____. **A política Social do Estado Capitalista: as funções da Previdência e da Assistência Social**. São Paulo: Cortez, 1980. p. 125-141.

FARIAS, Cristiano Chaves de. A atuação do Ministério Público na defesa da criança e do adolescente. **Revista do Ministério Público de Sergipe**. Sergipe, ano 8, n.14, 1998. p.42-71.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. **Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro: Efetividade ou Ideologia**. 3 ed. São Paulo: Edições Loyola, 1993.

_____. **Interdisciplinaridade**: um projeto em parceria. 5 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

FERNANDES, Valcler Rangel. A secretaria de saúde e a implementação do SUS. In _____. **Saúde e Previdência Social**: Desafios para a gestão no próximo milênio. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2001. p.87-95.

FILOSOFOLIONESSANTOS. IDADE MÉDIA: IDADE DAS TREVAS? **Netme.com.br**: SHVOONG, SI, 2007. Disponível em: <http://pt.shvoong.com/humanities/1659593-idade-m%C3%A9dia-idade-das-trevas/>>. Acesso em: 04 nov. 2008.

FOUCAULT, M. “O nascimento da medicina social”. In: _____ T, M. **Microfísica do Poder**. 11.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993. p. 79-98.

FOUCAULT, M. “O nascimento do hospital”. In: _____. **Microfísica do Poder**. 11.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993. p. 99-111.

FREITAS, Leana Oliveira; MATSUBARA, Marilda Calhão E. Trabalho Coletivo: uma referência para a interdisciplinaridade. In: ALONSO, Kátia Morosov; et al (Org). **Interdisciplinaridade**: o pensamento, o vivido. Mato Grosso: UFMT, 1994. p. 245-254.

FRIGOTTO, Gaudêncio. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. In: ALONSO, Kátia Morosov; et al. **Interdisciplinaridade**: o pensamento, o vivido. Mato Grosso: UFMT, 1994, p. 19-31.

FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO. **Políticas Sociais no Brasil**: avaliação e propostas para os anos 90 – 5v - São Paulo: FUNDAP, 1991.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **100 anos de Saúde Pública**: a Visão da FUNASA/ Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GOLLO, Bianca Schubert. **Código de Menores de 1927**. Gramado, 2006. disponível em: <<http://gramadosite.com.br/cgi/cultura/variedades/bianca/id:8984/xcoluna:1/xautor:1/i eiapage:3/>>. Acesso em: 15 out. 2006.

GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo (Org.). **Saúde e sociedade no Brasil**: anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABRACO, 1994.

INSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA: Banco de dados. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30 set 2008.

KAZLOWSKI, Sidonia Zapelini. **Como a família se organiza no processo de recuperação da saúde: o papel dos acompanhantes.** 2008. 91f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

KRUGER, Tânia. **Os fundamentos ideo-políticos das Conferências Nacionais de Saúde.** Recife/UFPE. 2005. Tese de Doutorado – Universidade Federal de Pernambuco, 2005.

MACHADO, Álvaro Antônio Melo. Previdência Social e Assistência Social. In:_____. **Saúde e Previdência Social: Desafios para a gestão no próximo milênio.** São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2001. p. 21-27.

MANFRINI, Daniele Beatriz. **A Intervenção Profissional do Serviço Social no Ministério Público de Santa Catarina e as Questões de Gênero.** 2007. 142f. Dissertação (Programa de Pós Graduação de Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa.** 3. ed. São Paulo: ATLAS, 2006.

MATTOS, Eduardo Lima de. Saúde Pública: dever do Estado e obrigatoriedade do Ministério Público postular em nome da coletividade. **Revista do Ministério Público de Sergipe,** Aracaju, ano. 8, 1998, n. 14, p. 93-111.

MAZZILLI, Hugo Nigro. **A defesa dos interesses difusos em juízo: meio ambiente, consumidor, patrimônio cultural, patrimônio público e outros interesses.** 16. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2003.

MENDES, Eugenio Vilaça. **O Sistema Único de Saúde: Um processo em construção.** Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf>. Acesso em: 16 set. 2008. p. 45-64.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002.** Brasília, 2002.

MINUCHIN, Patrícia; COLAPINTO, Jorge; MINUCHIN, Salvador. A estrutura: uma orientação sistêmica e uma abordagem centralizada na família. In:_____. **Trabalhando com famílias pobres.** Porto Alegre: Artmed editora, 1999, p. 19-33.

MINUCHIN, Salvador. Um modelo familiar. In:_____. **Famílias: funcionamento e tratamento.** Porto Alegre: Artmed, 1992, p. 53-69.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sócio-familiar. In: SALES,

Mione A (Org). **Política Social, família e juventude:** na questão de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 43-59.

_____. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social** - módulo 4 – Brasília: UNB; Centro de Educação Aberta, continuada a distancia, 2000, p. 217-223.

NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães (Org.). et al. **Estado de políticas sociais no Brasil.** Cascavel: EDUNIOESTE, 2001.

PEDRO - GOMES, João. **A criança e a nova pediatria.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades Humanas:** Subsídios à crítica dos mínimos sociais. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

RAMOS, Maria do Rocio Fagundes Ramos. **Gestão de saúde de crianças e adolescentes como garantia de um atendimento integral dos educandos:** estudo de caso do Município de Terra Roxa – PR. 2005. 92f. Dissertação de Mestrado (Pós-Graduação em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. **História sem fim:** inventário da saúde pública. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

RICARDO, Débora Iahn. **Adoção Pronta:** proteção à criança e ao adolescente ou ilegalidade disfarçada? 2007. 98f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública.** 2. ed. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SARTI, Cyntia A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália F. (Org). **Família:** redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez, 2005, p. 21-36.

SEABRA. Ana Lucia. **Tudo como Dantes no D'Abrantes:** Estudos das interações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial. 1999. 141p. Dissertação de Mestrado (Pós Graduação de Serviço Social) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://portalteses.cict.fiocruz.br/pdf/fiocruz/1999/bentesalsm/capa.pdf>>. Acesso em 30 jul. 2008.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE: Banco de dados. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 03 out 2008.

SILVA, Mirella Alaíde da. **A prática Profissional do Serviço Social no Hospital Joana de Gusmão e as possibilidades de intervenção nas políticas de saúde da criança.** 2002. 90 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Ufsc, Florianópolis, 2002.

SOUZA, Marli Palma de. Crianças e adolescentes: absoluta prioridade?. **Revista Katálisis**, v. 02, n.2. Florianópolis: EDUFSC, 1998, p.41-47.

SOUZA, Ana Silvia Mendes Carboni. Mercado de Trabalho: farmácias de manipulação são novo campo de trabalho para técnicos. **Informativo Crq - Iv**, Rio de Janeiro, abr. 2001. Disponível em: <http://www.crq4.org.br/informativo/abril_2001/pagina06.html>. Acesso em: 04 nov. 2008.

TABOAS, Mariluse. **Institucionalização: Uma Trajetória Infante Juvenil Marcada Pelo Abandono.** 71f. Trabalho de Conclusão de Curso (Departamento de Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

TAPAJÓS, Luziele Maria de Souza. **Informação e Políticas de Seguridade Social: uma nova arena de realização dos Direitos Sociais.** 2003. 395f. Tese de Doutorado (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2003.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTO GESTÃO EM SAÚDE (São Paulo) (Ed.). **Auto gestão em saúde pública no Brasil (1980-2005):** história da organização e consolidação do setor. São Paulo: União Nacional das Instituições de Auto Gestão em Saúde, 2005. 94 p.

NETO, Gonzalo Vecina; CUTAIT, Raul; TERRA, Valéria (Org.). Um Pouco de História. **Saúde e Cidadania**, São Paulo, sd. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/extras/notas.html>. Acesso em: 04 nov. 2008.

VIANNA, Juaraci de Campos. **Direito infante-juvenil:** teoria, prática e aspectos multidisciplinares. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2004.

WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. de (Org.). **Gestão de Serviços de Saúde:** Descentralização, Municipalização do SUS. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

ANEXOS