

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

CLEUZA DA CUNHA PEREIRA

**A DESNUTRIÇÃO INFANTIL COMO CONSEQÜÊNCIA DOS DISTÚRBIOS
NUTRICIONAIS E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA GARANTIA DOS
DIREITOS.**

**FLORIANÓPOLIS
2008/2**

CLEUZA DA CUNHA PEREIRA

**A DESNUTRIÇÃO INFANTIL COMO CONSEQÜÊNCIA DOS DISTÚRBIOS
NUTRICIONAIS E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA GARANTIA DOS
DIREITOS.**

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

Orientadora: Profa. Msc. Cleide Gessele.

**FIORIANÓPOLIS/SC
2008/2**

CLEUZA DA CUNHA PEREIRA

**A DESNUTRIÇÃO INFANTIL COMO CONSEQÜÊNCIA DOS DISTÚRBIOS
NUTRICIONAIS E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA GARANTIA DOS
DIREITOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social e aprovado atendendo às normas da lei vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Serviço Social em 16 de dezembro de 2008.

BANCA EXAMINADORA:

Profa Msc. Cleide Gessele-Orientadora (UFSC)
Orientadora

Profa Msc. Naldir da Silva Alexandre (UFSC)
1ª Examinadora

Assistente Social Msc. Jussara Jovita Souza da Rosa, HIJG
2ª Examinadora

Florianópolis, 16 dezembro de 2008.

AGRADECIMENTOS

Ao chegarmos ao fim de nossa caminhada alcançando alguns objetivos traçados, percebemos que algumas pessoas fizeram parte desse processo, pessoas essas que direta ou indiretamente estavam presentes, apoiando e incentivando, fazendo possível completar um ciclo de vida que duraram quatro anos de dedicação ao curso de graduação. Diante disso, agradeço a todos que se fizeram presente durante este período de minha vida.

A **Deus** primeiramente, agradeço pela minha vida e por colocar pessoas especiais no meu caminho.

Ao meu marido e companheiro, amigo e cúmplice **Sebastião**, com quem divido uma história de amor há 13 anos, com quem construí uma família. Obrigada pelo companheirismo, pelo amor e pela força.

Aos meus pais, **Pedro e Olga**, que sempre me incentivaram a seguir em frente, obrigado por me fazer sujeito que sou, por me trazerem ao mundo e oportunizar-me a viver tornando-me capaz de lutar.

Ao meu irmão, **Cleyton**, por me ensinar a ouvir e a respeitar as diferenças, permitindo-me amá-lo mesmo assim.

A minha irmã-amiga, **Glauce**, pela paciência e compreensão ao ouvir meus desabafos e que junto ao meu cunhado, **Eduardo**, proporcionaram-me a melhor experiência do mundo, de ser madrinha, satisfação maior.

Ao meu afilhado **Eduardo Filho**, que apesar de ter apenas 3 anos de vida já sabe mostrar para que veio ao mundo fazendo-se encantar cada vez mais. Obrigada pelo sorriso e abraço gostoso.

Agradeço a professora e orientadora **Cleide** por ter acreditado na minha capacidade, obrigada por toda sabedoria e companheirismo fazendo com que fosse possível superar minhas limitações.

Aos colegas e amigos do curso de Serviço Social, em especial a **Patrícia Felicidade**, a **Raquel**, a **Paloma** e a **Milene**, a **Suelen** e a **Leandra** por terem me acompanhado nos momentos mais especiais, pelas gostosas risadas, pela força nos momentos de dificuldade.

Aos meus colegas e amigos de trabalho da UTI-neonatal do HIJG, equipe de enfermagem e médica, em especial a **Gisele**, agradeço pela força, pelas palavras de conforto e incentivo, a **Vera** pelos plantões que realizamos juntas que nos proporcionou bons momentos e as minhas atuais parceiras **Terezinha** e **Josiane**, agradeço por acreditarem no meu sucesso, pelas palavras sábias de conforto e carinho. As enfermeiras **Joseila** e **Kelly** por contribuírem com meu crescimento, obrigada pela confiança.

Aos funcionários do setor de Serviço Social e da triagem neonatal do HIJG, pela amizade, pelos diálogos e discussões construtivas, pelo ombro amigo e apoio, especialmente a minha supervisora de estágio, a Assistente Social **Roseli** que permitiu minha inserção na instituição como estagiária, pelas lições e pela ética, onde desde o primeiro contato proporcionou momentos de ensinamentos que levarei comigo para toda vida, jamais esquecerei suas palavras.

Aos professores do Departamento de Serviço Social da UFSC, pela contribuição com minha formação profissional e aperfeiçoamento intelectual.

A todos os profissionais Assistentes Sociais dos municípios que fizeram parte da pesquisa, obrigada pela contribuição que possibilitou momentos ricos de reflexão e análise.

Obrigada a todos.

“...O acesso à alimentação é um direito humano em si mesmo, na medida em que a alimentação constitui-se no próprio direito à vida... negar este direito é, antes de mais nada, negar a primeira condição para a cidadania, que é a própria vida.”

(Relatório do Brasil para a Cúpula Mundial de Alimentação, Roma – 1994)

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo traçar o perfil das crianças internadas com desnutrição infantil decorrente de distúrbios nutricionais, acompanhadas no período de estágio no Hospital Infantil Joana de Gusmão junto a unidade C de internação durante o período de março a julho de 2008 e assim buscar refletir sobre a atuação do assistente social na garantia do direito social a saúde. Tal análise partiu da necessidade de saber o motivo das freqüentes reinternações, conhecendo o perfil dos usuários atendidos assim como a atuação dos assistentes sociais na atenção básica. Este trabalho constitui-se em uma pesquisa do tipo quantitativa e qualitativa onde foi desenvolvida a partir da análise documental dos prontuários de 26 crianças e a aplicação do questionário aos profissionais de Serviço Social dos municípios procedentes. Tal pesquisa teve por intuito identificar os fatores que impossibilitam a quebra do ciclo doença – internação – alta – reinternação a partir da análise da atuação dos profissionais que colaboraram com a pesquisa. Os dados obtidos mostram a desresponsabilização das secretarias municipais na medida que ocorre uma troca de responsabilidades entre as secretarias municipais de saúde e de assistência social. Os profissionais assistentes sociais inseridos neste contexto não garantem o fornecimento das fórmulas nutricionais especiais, medicamento indispensável para a saúde das crianças com desnutrição infantil por causas secundárias. Diante deste contexto conclui-se que a atual realidade vivida pode ser modificada com o cumprimento das legislações brasileiras que garantem a alimentação como direito social indispensável para a saúde de todo os seres humanos. O direito social a saúde pode ser garantido com a atuação efetiva dos assistentes sociais viabilizando a política pública, onde esta deve ser valorizada como espaço privilegiado para a atuação da categoria.

Palavras-chave: desnutrição infantil, direitos sociais, política pública de saúde, atuação do Assistente Social.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Sexo.....	53
Gráfico 2: Faixa etária.....	54
Gráfico 3: Causas da Internação.....	56
Gráfico 4: Tempo de Internação.....	57
Gráfico 5: Diagnóstico	58
Gráfico 6: Número de internações.....	59
Gráfico 7: Fórmulas Nutricionais Especiais Prescritas.....	60
Gráfico 8: Procedência	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Levantamento dos Contatos Realizados.....	52
Tabela 2: Sexo.....	53
Tabela 3: Faixa etária.....	54
Tabela 4: Causas da Internação.....	55
Tabela 5: Tempo de Internação.....	56
Tabela 6: Diagnóstico.....	57
Tabela 7: Número de internações.....	58
Tabela 8: Fórmulas Nutricionais Especiais Prescritas.....	59
Tabela 9: Procedência.....	60
Tabela 10: Valor das Fórmulas Nutricionais Especiais Prescritas.....	62

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
SEÇÃO I	14
2 LÓCUS DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO	14
2.1 Caracterizando o Hospital Infantil Joana de Gusmão.....	14
2.2 o Serviço Social na instituição.....	16
2.3 A experiência profissional no HIJG.....	21
SEÇÃO II	32
3 A DESNUTRIÇÃO INFANTIL E SEU SIGNIFICADO E SEU SIGNIFICADO SOCIAL NA PERSPECTIVA DO DIREITO	32
3.1 Legislação Aplicável.....	32
3.2 Política Sociais Públicas.....	37
3.3 Da necessidade de alimento especial gratuito.....	45
SEÇÃO III	50
4 O SERVIÇO SOCIAL E SUA RELAÇÃO COM A GARANTIA DO ACESSO A ALIMENTAÇÃO ESPECIAL	50
4.1 Percurso Metodológico.....	50
4.2 Perfil dos Usuários.....	51
4.3 A atuação do Assistente Social na rede de Atenção Básica.....	62
4.3.1 Sobre o Processo de Trabalho do Assistente Social nas Secretarias Municipais.....	63
4.3.2 As Possibilidades Inerentes a Atuação Efetiva.....	66
4.3.3 Encaminhamentos e orientações Realizadas.....	67
4.3.4 Limitações do Cotidiano de Trabalho.....	68
4.3.5 Visitas Domiciliares.....	71
4.3.6 Sobre a Responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde.....	72
4.3.7 A Garantia do Direito ao Fornecimento Gratuito das Fórmulas Nutricionais Especiais Através da Justiça.....	74
4.3.8 Atendimento a partir do Protocolo de Atenção as Crianças com Desnutrição.....	75

COSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
APÊNDICE	87
ANEXO.....	90

INTRODUÇÃO

No Brasil, a desnutrição infantil ainda é um problema de saúde pública a ser combatido com políticas públicas efetivas. Apesar de ter ocorrido uma diminuição dos casos de desnutrição infantil ocasionada pela fome decorrente da pobreza existente na sociedade brasileira, ainda existe os casos de desnutrição infantil por doenças da alimentação e nutrição. Esta realidade reflete significativamente no desenvolvimento e crescimento da criança, e o tratamento se dá, geralmente, a partir de fórmulas nutricionais especiais. Pelo seu valor exorbitante, o acesso é inviabilizado, sendo muitas vezes esta a justificativa dos municípios para não garantir o direito à alimentação adequada fornecendo gratuitamente as fórmulas.

Como “medicamento” indispensável para o tratamento e recuperação do estado nutricional da criança, as fórmulas devem ser acessada por todos que dela necessitam sem discriminação, pois sua ausência faz a criança tornar-se debilitada. A legislação brasileira é clara, a alimentação é direito inalienável e indispensável para todo ser humano, devendo ser garantida pelo Estado por ser um direito social.

Diante do atual contexto, o presente trabalho de conclusão de curso, como resultado da inserção no espaço sócio ocupacional do Assistente Social, a partir do estágio curricular obrigatório realizado no Hospital infantil Joana de Gusmão no período de março a julho de 2008, junto a unidade C de internação, tem por objetivo analisar a atuação dos Assistentes Sociais inseridos na política de saúde, a partir das reflexões acerca do conhecimento adquirido sobre a realidade prática da profissão, junto as crianças internadas com desnutrição por doenças da alimentação.

A abordagem do tema tornou-se relevante na medida que percebemos as internações e reinternações freqüentes na instituição, das crianças desnutridas com sintomas que mostravam a ausência do tratamento recomendado. Para irmos mais a fundo e assim conhecer a atuação dos Assistentes Sociais na atenção básica, pois o acompanhamento dos profissionais de saúde faz parte do tratamento, traçamos o perfil das crianças internadas e buscamos conhecer a atuação dos Assistentes Sociais inseridos nas Secretarias Municipais dos Municípios procedentes. Desta forma, foi possível conhecer o porque da inviabilidade de romper com o ciclo de doença-internação-alta-reinternação.

Como facilitador do acesso, os Assistentes Sociais são os profissionais capacitados para atender as demandas advindas do processo saúde-doença. Indispensáveis no atendimento dos usuários do sistema devem estar comprometidos com a realidade, garantindo o acesso aos serviços públicos de saúde.

Foi pensando nessa conjuntura que optamos por abordar na Seção I a instituição como universo de atuação do Serviço Social contextualizando o histórico institucional e a construção do espaço como local privilegiado de atuação do Assistente Social por ser o profissional que faz parte da equipe de saúde. Seguimos com o relato e análise da experiência de estágio realizada.

Na Seção II, trazemos inicialmente as legislações brasileiras aplicáveis como subsídio que garante a alimentação especial às crianças, por ser um direito inviolável, seguimos abordando as políticas sociais públicas por serem o mecanismo garantidor do direito social a saúde dando um enfoque maior nas políticas de saúde, campo de intervenção do Serviço Social como profissional habilitado para atuar na recuperação da saúde da criança promovendo a garantia dos direitos sociais estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Cabe lembrarmos que as ações do Serviço Social em nível de atenção terciária são voltadas ao acompanhamento (internação) das crianças, contra-referenciando para as unidades locais de saúde onde é realizado o atendimento em nível de atenção básica que deve garantir a total recuperação nutricional. Por isso, torna-se relevante à análise e reflexão do atual contexto, pois o Assistente Social trabalha com a referência e contra-referência através de articulações com rede de apoio.

Assim, na Seção III trazemos a análise dos dados coletados a partir do perfil das crianças atendidas seguindo com a discussão da atuação dos Assistentes Sociais nas Secretarias Municipais junto ao atendimento das demandas advindas das crianças com desnutrição infantil, pois, o Assistente Social, inserido neste contexto, tem um papel de destaque na recuperação da saúde por ser o profissional mediador entre usuário/família e o Estado que busca, através de suas ações, a efetivação do SUS como Política de Saúde. É

desafiante ao Assistente Social vencer os obstáculos impostos pelo Estado na garantia do direito à saúde da criança.

E assim, teceremos algumas considerações finais acerca do discutido até então, apresentaremos as referências bibliográficas, apêndices e anexos.

SEÇÃO I

LÓCUS DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

2.1 CARACTERIZANDO O HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO

Fundado em 28 de dezembro de 1979, o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) foi construído para substituir o Hospital Infantil Edith Gama Ramos localizado junto a atual Maternidade Carmela Dutra. Este teve sua inauguração em 1964 no governo de Celso Ramos partindo do interesse de médicos pediatras que chegavam ao Estado de Santa Catarina a fim de fundar a pediatria catarinense.

No início de suas atividades, o hospital tinha como público alvo crianças de 0 a 12 anos incompletos e contavam com apenas 9 médicos e 7 enfermeiros para atender os 85 leitos. Neste período já formava convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) para a prática dos acadêmicos do curso de medicina em ensino de pediatria e puericultura.

Zomer (1982) traz que em 1965 o Hospital Infantil Edith Gama Ramos passou a integrar a Fundação Médico-Hospitalar Catarinense, instituída através da Lei nº 3765 de 15 de dezembro deste mesmo ano, porém, somente em 1967 passa a atender a partir da política de ação da Fundação e um ano antes, é declarado organismo de utilidade pública a partir da Lei nº 3932 de 26 de fevereiro de 1966 e é instituída a Residência Médica no hospital.

O hospital Infantil tem sua denominação em homenagem a dona Joana de Gusmão¹.

Situa-se entre o Hospital Nereu Ramos e a Reabilitação na rua Rui Barbosa, 152, bairro Agrônômica em Florianópolis, com uma área de 22.000 m². Sua construção decorreu

¹ “Recebeu a denominação de Hospital Infantil “JOANA DE GUSMÃO” em homenagem a paulista D. Joana de Gusmão que, após a morte do marido, passou a peregrinar como romeira pelo mundo, na condição de devota da imagem do Menino Deus. Passando a ser conhecida como beata Joana de Gusmão, teve papel relevante na ilha de Florianópolis pela construção, em 1763, na então ilha do Desterro, da Capela Menino Deus, onde hoje se localiza o Hospital de Caridade. Fundou ainda o “ Colégio das Meninas” proporcionando-lhes condições de apreender a ler, costurar e, principalmente, instruir-se na prática das virtudes. Faleceu em 16 de novembro de 1780, aos 92 anos, já parálitica, sendo sepultada na própria Capela do Menino Deus”. (ZOMER, 1982, p.16).

da necessidade de ampliação da infra-estrutura que já não suportava a demanda crescente. A nova construção passa a ter 300 leitos, mais atualmente estão ativados apenas 138 contando com 856 funcionários². Possui quatro pavimentos com acesso a partir de rampas respeitando a faixa etária atendida.

Tem por finalidade prestar assistência médico-hospitalar a crianças e adolescente de 0 a 15 anos de idade incompletos nas patologias de baixa, média e alta complexidade, sendo referência para todo o Estado de Santa Catarina. Dentro do número total de atendimentos realizados na instituição, 65,19% são provenientes da grande Florianópolis e comunidades vizinhas e 34,18% de outros municípios do Estado. Por ser hospital³ que atende a nível terciário a partir de serviços de alta complexidade possui recursos avançados no que diz respeito a equipamentos especializados e equipe qualificada. Suas demandas concentram-se basicamente do processo curativo, demandas essas singulares.

A instituição é vinculada a Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina, compõe o Sistema Único de Saúde (SUS) e baseia suas ações nas regulamentações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A instituição tem como fonte de recursos verbas estaduais e conta com apoio financeiro da AVOS⁴ que, através de doações, contribui em situações emergenciais como reformas e compra de equipamentos.

Tem como meta permanecer referência para todo o Estado de Santa Catarina atendendo a partir dos princípios éticos e humanizados, de forma preventiva, curativa e social a criança e adolescente, assim como, a família, buscando o restabelecimento da saúde através do tratamento adequado com profissionais especializados, capacitando recursos humanos e incentivando a pesquisa clínica de novas doenças baseado nos princípios da bioética.

² Dados de censo realizado em 2006.

³ “Estabelecimento voltado precipuamente para a assistência médica em regime de internação, localizado geralmente nas áreas urbanas, funcionando dia e noite, apresentando graus variáveis de incorporação de tecnologia e dispondo de médico e pessoal da enfermagem em regime permanente de atendimento. Podem ser classificados segundo o porte apresentado (pequeno, médio, grande) e o grau de incorporação tecnológica que exibem (pequeno, moderado, grande), sendo que alguns deles são voltados exclusivamente para atendimento mais especializado. Atuam nos níveis primário, secundário e terciário de atenção á saúde”. (COHN E ELIAS, 1996, apud VASCONCELOS, 2007, p.135).

⁴ “Fundada em agosto de 1975 por um grupo de amigas de Florianópolis, a AVOS (associação de voluntários de saúde) atua no Hospital Infantil Joana de Gusmão há 30 anos, busca parcerias com empresas e a comunidade para oferecer apoio aos pacientes e melhorar as condições de trabalho dos funcionários do hospital com a aquisição de equipamentos e materiais”.(AVOS/HIJG, 2006).

Realiza exames de alto custo como ultra-sonografias, ecografias e tomografia computadorizada e está dividido em unidades como uti neonatal e uti geral; emergência externa e emergência interna; unidades de internação A, B, C, D e E; unidade de isolamento, queimados e oncologia; berçário, hospital dia, ambulatório geral e ambulatório de oncologia e serviço de imunização.

A instituição atende aos usuários proporcionando a permanência integral de um responsável acompanhando a criança e/ou adolescente durante período de internação para tratamento de saúde baseado na Cartilha dos direitos do Paciente instituída através da Lei Estadual nº 13324 de 20 de janeiro de 2005⁵. Possui Casa de Apoio para os acompanhantes dos setores de oncologia e UTI'S e fornece alimentação para todos os acompanhantes.

Após a contextualização realizada, torna-se relevante destacarmos a seguir a inserção do Serviço Social na instituição. Trata-se da abordagem da atuação do Assistente Social no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) até sua prática profissional na contemporaneidade.

2.2 O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO (HIJG)

A ação profissional do Assistente Social na instituição iniciou em 1966 no Hospital Infantil Edith Gama Ramos após solicitação da equipe técnica a fim de realizar um trabalho junto às famílias proporcionando uma diminuição nos retornos à instituição decorrentes de quadros de verminoses e desidratação, o trabalho atingiu subseqüentemente os funcionários e iniciou com um estudo dos problemas primários. Zomer (1982) informa que em 1968 a Assistente Social se demite ficando o cargo por conta de uma acadêmica que estava no final do curso de graduação. Porém, a falta de registros impossibilitou a análise da atuação profissional no período de 1968 a 1976 onde a instituição contava com duas Assistentes Sociais.

Refletindo a importância do registro profissional, fato este que impossibilitou nossa análise mais aprofundada da ação profissional na instituição no período supra citado trazemos a documentação como elemento indispensável no cotidiano profissional até os dias atuais. Tal

⁵ Conforme Anexo A.

registro possibilita obter dados traduzíveis em avanços tanto no momento no qual se analisa a intervenção, procurando estabelecer novas prioridades e reconhecer as demandas, quanto no momento de refletir criticamente sobre a realidade e os processos interventivos.

A documentação do exercício profissional é uma forma de sistematizar as informações obtidas, é o momento de analisar a atividade realizada e refletir sobre a realidade apresentada, articulando a prática com a teoria. Durante o processo de documentação é possível registrar as observações feitas de um determinado contexto a intervir, descrevendo-a e realizando comentários.

Diante do exposto, a necessidade de observar com atenção e ter o registro profissional como instrumental presente no processo de trabalho do Assistente Social torna-se relevante para o *fazer* profissional na medida que possibilita a sistematização das ações profissionais detalhando-as de forma a tornar um objeto de orientação. É um instrumental útil tanto para o profissional que dele se utiliza, quanto para a instituição e gerações futuras que irão utilizar de tal análise para a construção de conhecimento.

O processo de trabalho do Assistente Social na instituição, subordinado atualmente a gerência técnica, dá-se a partir da intervenção direta junto às famílias a fim de promover a adaptação desta no ambiente hospitalar tendo suas ações voltadas para uma prática interdisciplinar buscando garantir os direitos constitucionais. Contando com 4 (quatro) Assistentes Sociais, uma atendendo exclusivamente a unidade de oncologia e três atendendo todo o hospital e intervindo principalmente nas unidades A e C, D, UTI'S e Berçário, auxiliados por um técnico de enfermagem e um técnico administrativo, têm suas atividades diárias pautadas no planejamento de acordo com os princípios éticos políticos que permeiam a profissão.

Conforme o regimento interno, o Serviço Social tem por objetivo promover condições para a utilização dos recursos institucionais, orientando e acompanhamento às famílias tanto no período de internação como na sua remoção e alta hospitalar. Essas ações buscam a promoção da humanização no ambiente hospitalar beneficiando a participação da família no processo saúde/doença. A participação na equipe multidisciplinar e em pesquisas e estudos, assim como, a articulação com outras instituições também são objetivos do Assistente Social. Deve buscar o atendimento integral a saúde da criança e ou adolescente a partir da promoção

dos seus direitos superando a fragmentação da prática profissional conforme suas atribuições estabelecidas no Regimento Interno do setor na instituição,

- Planejar, pesquisar, coordenar, supervisionar, controlar e avaliar programas na área do Serviço Social;
- Prestar assessoria e consultoria técnica, bem como emitir laudos e pareceres sobre assuntos de sua área de abrangência;
- Elaborar estudos e pareceres técnicos para orientar a tomada de decisões em processo de planejamento e organização;
- Participar, dentro de sua especialidade, de equipes interprofissionais, na elaboração, análise e implantação de programas e projetos de caráter curativo e preventivo na área da saúde;
- Elaborar, participar e executar projetos e pesquisas na área social;
- Interpretar junto à equipe de saúde a situação socioeconômica e cultural do [paciente] e família;
- Fornecer dados sociais para a elucidação de diagnóstico médico e pericial;
- Diagnosticar, tratar e sugerir soluções aos problemas sociais que impedem a população atendida de dar continuidade ao tratamento ambulatorial e hospitalar;
- Desenvolver atividades que visem a promoção e prevenção da saúde da população, ocupando-se das implicações sociais, culturais, econômicas e emocionais, que influem diretamente na situação de saúde, através da mobilização e desenvolvimento das potencialidades humanas e sociais;
- Mobilizar recursos da comunidade para que sejam devidamente utilizados e possa proporcionar os benefícios necessários a população;
- Observar e executar a sistemática de trabalho planejado para o Serviço Social;
- Entrevistar [pacientes] e familiares em busca de alternativas de solução para as dificuldades decorrentes da doença;
- Discutir com o [paciente] e a família as implicações socioeconômicas e culturais do diagnóstico e prognóstico médico e a programação de alta;
- Orientar o [paciente] e a família quanto às rotinas hospitalares, ambulatoriais, SUS;
- Realizar visita domiciliar programada;
- Confeccionar a estatística mensal das atividades e manter atualizados os arquivos do expediente e do material de rotina e de ensino;
- Orientar [pacientes] sobre a realização de exames de alto custo e a importância dos mesmos para realização do tratamento;
- Orientar as famílias nos casos de transferência para hospitais especializados;
- Orientar a família para a abertura de TFD;
- Orientar as famílias nos casos de óbitos e suas providências;
- Colaborar em programas de ensino, treinamento de pessoal técnico e auxiliar para o desenvolvimento das ações de educação em saúde;
- Proporcionar campo de estágio e treinamento aos alunos de Serviço Social, promovendo supervisão técnica sistemática;
- Orientar as famílias para a utilização de alojamento;
- Fazer estatística periódica do trabalho realizado e manter registro de documentação atualizado;
- Cumprir normas e regulamentos das unidades;
- Desempenhar tarefas afins. (SERVIÇO SOCIAL-HIJG 1998 p.7-8).

A atuação profissional no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) preconiza ações voltadas para a efetivação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assim como, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), permeando todo processo de trabalho. As ações são voltadas para os usuários que necessitam de acompanhamento em nível de internação, buscando assegurar o direito a saúde como política pública universal intervindo nas diversas expressões da questão social⁶ presentes no cotidiano da família usuária da instituição. A doença, a violência em suas diversas formas, a negligência e abandono, a fome e a desnutrição são formas de expressões da questão social trabalhadas nas suas maiores especificidades na instituição.

O Serviço Social atua em programas como o plantão atendendo as demandas espontâneas e aquelas encaminhadas por outros profissionais, orientando e encaminhando os usuários para os recursos apropriados. Nas unidades de internação, atende a família identificando situações que possam estar intervindo no tratamento e no ambulatório, realizando atendimento individuais e grupais baseado em ações sócio-educativas. O profissional atua a fim de não deixar que a família passe despercebida na instituição, dando assistência e buscando sinais de risco social, pois é nesse momento que demandas são apresentadas de forma explícita ou implícita ao Assistente Social, que após a leitura da realidade apresentada busca caminhos que possibilitam a garantia dos direitos a partir da promoção dos mínimos sociais⁷.

Exclusivamente na unidade C de internação, encontram-se as crianças internadas por distúrbios nutricionais e doenças relacionadas à alimentação e nutrição. O Serviço Social atua junto às famílias a fim de subsidiar o tratamento adequado identificando fatores determinantes da saúde. Tem suas ações voltadas para a mediação entre o profissional médico e a família e para a preparação da alta hospitalar contra-referenciando para unidades de atenção básica no município de origem.

⁶ “(...) conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”. (IAMAMOTO, 2005 p.27).

⁷ a noção de mínimos sociais é heterogênea, de acordo com o modelo de política social, porém são definidos muitas vezes como os recursos mínimos, “destinados às pessoas incapazes de prover por meio de seu próprio trabalho a sua subsistência”. (PEREIRA, 2007, p.16).

O Assistente Social como profissional articulador necessita de conhecimento e linguagem, para isso deve ter o domínio também do discurso de outros profissionais tornando-se habilitado a estar expondo alguns procedimentos a serem realizados para os possíveis interessados que na sua maioria é a família envolvida no processo. O contexto familiar também deve ser entendido, pois o diagnóstico social subsidia o tratamento, podendo ser relacionado às causas da desnutrição com as situações socioeconômicas, com a falta de vínculo familiar e de informação. Nas reuniões de equipe, que conta com diversos profissionais, discutem-se casos e realizam-se encaminhamentos que garantem a reabilitação nutricional.

A aquisição de fórmulas nutricionais especiais, utilizada para a recuperação do quadro nutricional das crianças com doenças relacionadas à alimentação e nutrição, é feita através de encaminhamentos para o município de origem que, devem garantir seu fornecimento, porém nem sempre isso acontece. Em alguns municípios acompanhados, o fornecimento é realizado por Assistentes Sociais de diversas secretarias ao invés de estarem vinculados a secretaria municipal de saúde, responsável pelo fornecimento de forma gratuita das fórmulas nutricionais já que são considerados medicamentos. Ocorre uma desresponsabilização das ações sendo visto como um benefício a ser promovido pela Secretaria de Assistência Social. Tal atitude vai contra o que preconiza a legislação brasileira no que diz respeito à promoção e proteção da saúde da criança. Todo esse desrespeito aos direitos humanos reflete negativamente na saúde da criança pois na ausência da fórmula, a desnutrição torna-se novamente fator condicionante de internação hospitalar.

Inseridos neste universo está o Assistente Social como profissional qualificado para atuar na área da saúde, atendendo as demandas advindas do processo saúde-doença. Diante do contexto apresentado, apresentamos a seguir a intervenção profissional do Serviço Social no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG).

2.3 A EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO (HIJG)

A desnutrição infantil está presente na realidade institucional do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) e foi neste universo que ocorreu o estágio curricular obrigatório de

março a julho de 2008, junto à unidade C de internação, local onde estão hospitalizadas as crianças com distúrbios nutricionais e doenças relacionadas à alimentação e nutrição que ocasionam a desnutrição.

Doença de origem multicausal e complexa que tem suas raízes na pobreza. Ocorre quando o organismo não recebe os nutrientes necessários para o seu metabolismo fisiológico, devido à falta de aporte ou problema na utilização do que lhe é ofertado. Assim sendo, na maioria dos casos, a desnutrição é o resultado de uma ingestão insuficiente, ou fome, e de doenças. (MONTE, 2000, p.3).

Esta inserção na realidade prática da profissão oportunizou vivências que exigiram a busca por conhecimentos que tornam possível a reflexão sobre a intervenção profissional junto às famílias com crianças hospitalizadas para o tratamento e recuperação do estado nutricional.

A atuação do Serviço Social na instituição segue o Protocolo de Atenção a Criança com Desnutrição a nível hospitalar a partir da implantação do Manual para o Tratamento da Criança com Desnutrição grave em Nível Hospitalar a fim combater a desnutrição infantil com atuações efetivas em conjunto de todos os profissionais inseridos nesse contexto.

Tal atuação visa à diminuição do tempo de internação e a re-internação a partir da promoção da recuperação do estado nutricional a nível hospitalar, contra-referenciando para os municípios de origem e fortalecendo a mãe ou responsável pela criança, orientando sobre os cuidados necessários.

As crianças internadas possuem geralmente doenças causadoras da desnutrição. Essas doenças fazem com que o organismo reaja de forma adversa provocando vômitos cíclicos, diarreias e infecções. Além desses fatores causais, a dieta inadequada, a falta de cuidados adequados da mãe e a insuficiência dos serviços de saúde pública levam a criança a permanecerem longos períodos na instituição, pois a alta hospitalar é dada apenas quando ocorre a segurança alimentar.

A construção do vínculo com as famílias é um dos primeiros passos no processo de intervenção, pois o conhecimento da realidade social é primordial para qualquer tipo de abordagem. Ocorre através de visitas diárias à unidade junto de toda à equipe interdisciplinar

para avaliação e discussão dos casos e procedimentos a serem realizados por cada profissional ali presente.

A análise do contexto familiar, através de entrevistas, é realizada sempre que o tratamento não responde ao esperado onde busca-se por demandas e respostas que possam estar subsidiando a intervenção de outras categorias profissionais que fazem parte da equipe. O sigilo profissional⁸ permeia todo o processo de atuação assim como o respeito aos limites de saberes, ouvindo as famílias e encaminhando-as para outros profissionais da equipe, qualificando todo o atendimento realizado.

Conforme traz Santos (2005), a abordagem é realizada a partir da troca de informações sendo este também o momento da acolhida. Como forma de intervenção direta, o acolhimento é baseado na universalização dos direitos de equidade trazidos nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). É o momento em que ocorre o contato entre a família e profissional, não apenas uma triagem, mais sim, o momento em que ouve-se um ao outro e dá-se início a construção de vínculo entre a família e o Serviço Social.

Dentro da atuação profissional, a prática de ouvir ganha destaque na medida que a escuta realizada de forma qualificada, proporciona ao Assistente Social, interpretar a realidade a ele apresentada, interpretação esta realizada de diferentes níveis já que as pessoas possuem diferentes formas de ouvir, conforme traz Távora (2000). É fato que a maioria dos profissionais tem dificuldade de ouvir o que o usuário fala. Desta forma, ouve-se o que gostaria de ouvir, mas nem sempre é o que está sendo dito. Atribuindo um julgamento de valores, o profissional ouve, muitas vezes, apenas o que já pensava daquilo.

Subsidiando a intervenção profissional algumas ações sócio-assistenciais são desenvolvidas na direção protetiva como traz Mito (2005). A autora trabalha os projetos de proteção social abordando a centralidade da família na política social brasileira. A premissa do projeto protetivo é de que a família para proteger deve ter garantido, pelo Estado, condições para isso. E decorrente da ordem econômica atual, as famílias sofrem um processo de empobrecimento, sendo exigidas a partir do momento em que não existe uma efetivação de

⁸ “O sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo de que o Assistente Social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional”. (CÓDIGO DE ÉTICA, ARTº6).

políticas públicas. Traz também que “(...) a proporção de cuidados a serem dirigidos as famílias deve partir do princípio de que elas não são apenas espaços de cuidados, mas, principalmente, *espaços a serem cuidados*”. (MIOTO, 2000 p.219-220).

A família é protegida a partir do momento em que estão disponíveis na sociedade, recursos e serviços que atendam as suas demandas. Nas instituições públicas devem ter seus direitos garantidos através das ações dos Assistentes Sociais.

Atualmente, com o retraimento do Estado, as famílias empobrecidas tornam-se mais vulneráveis na medida que ficam expostas aos riscos de um sistema econômico baseado na competitividade, sofrem com a exclusão na sociedade. Lima (2006) traz que as famílias precisam estar protegidas para garantir os mínimos sociais na medida que é a base para o bem estar de todos os membros, por isso a políticas pública não pode ter seu caráter focalizado para um membro e sim deve atender as demandas advindas da família num todo. Precisam receber cuidados para assim promover. A intervenção assim baseia-se num processo em que a família torna-se auxiliar no tratamento, sendo esta a cuidadora.

No âmbito familiar, a função de cuidador geralmente recai sobre a mãe que passa a ter a função de protetora no domicílio. Conforme preconiza o Ministério da Saúde “Cuidado” circunscreve-se em “atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade” (Ministério da Saúde, 2008, p.08), envolve todo um processo de percepção, são prestados a partir do conhecimento das particularidades da criança a ser cuidada. No caso daquelas que apresentam desnutrição infantil, é preciso conhecer suas limitações decorrente da doença, saber identificar as reações do organismo que demonstram qualquer tipo de adversidades, para isso o cuidado deve ser realizado de forma individual e em tempo integral.

Por ser geralmente a mãe a cuidadora, esta por sua vez assume este papel sozinha, podendo refletir em seu estado emocional levando-a ao sofrimento. A própria doença que ocasiona o distúrbio nutricional leva a alterações no cotidiano da família. É nesse contexto que o Assistente Social atua, a fim de minimizar as conseqüências das hospitalizações através de ações efetivas que visam atender as demandas advindas daqueles que são os cuidadores a partir de um trabalho interdisciplinar de orientações que promovam o bem estar.

Sabendo que a hospitalização leva ao *stress* diário decorrente da expectativa do resultado ao tratamento, da situação vivida pela família que está com um membro hospitalizado, alterando todo o cotidiano de rotina e gerando angústias, o Serviço Social, a partir de ações sócio-terapêuticas, trabalha as dificuldades familiares e a aceitação do diagnóstico, pois conforme traz Miotto (2005), a ação sócio-terapêutica é uma categoria que faz parte de um dos eixos de atuação profissional na área da saúde onde, na intervenção junto às famílias em situação de sofrimento emocional, “trabalha-se a dificuldade familiar de aceitação do prognóstico”. (GERBER, 2000 p.29).

Os eixos de atuação profissional, conforme Miotto (2005) divide-se em: processos políticos-organizativos, processos de planejamento e gestão e os processos sócio-assistenciais. Neste último, temos quatro categorias de ação: as periciais; as sócio-emergenciais; as sócio-terapêuticas citadas acima e as sócio-educativas.

A categoria sócio-terapêutica está inserida no eixo dos processos sócio- assistenciais sendo esta:

(...) conjunto de ações profissionais desenvolvidas no âmbito da intervenção direta com os usuários e com as famílias nos diferentes níveis de complexidade dos serviços e das instituições. Nesse processo interagem ações de diferentes naturezas. A partir dos seus objetivos primordiais é possível realizar sua caracterização de modo a aprofundar os marcos referenciais que ajudam na sua execução e que facilitam a sua interação. No âmbito dos processos sócio-assistenciais estão presentes ações de natureza: sócio-terapêutica; sócio-educativa; sócio-emergencial e pericial. (MIOTTO, 2007 apud LIMA, 2007 p.11).

É na perspectiva da garantia dos direitos que a atuação profissional se estabelece, baseado nos processos de trabalho que permeiam as ações profissionais, o Assistente Social atende as demandas sustentado pela qualificação adquirida a partir do conhecimento teórico-prático que possibilita-o legitimar sua intervenção.

Além de atuar junto ao sofrimento emocional, o Assistente Social conta com ações sócio-emergenciais baseada nos encaminhamentos para viabilizar o transporte em situação de alta hospitalar, no fornecimento de roupas, produtos de higiene, cestas básicas e articulações com municípios de origem garantindo o acompanhamento e continuidade do tratamento junto às secretarias municipais de saúde. As ações-educativas também estão presentes no cotidiano

de trabalho, o conhecimento é levado às famílias através de informações e orientações sobre normas, serviços institucionais e direitos.

Como instrumental utilizado na atuação profissional, Sarmiento (2005) traz a observação como um instrumento rotineiro do Serviço Social. A observação leva ao conhecimento da realidade e oportuniza sua interpretação, sendo qualificada através da capacitação e competência profissional, utilizada sem julgamento de valores, sendo possível a partir do conhecimento da realidade apresentada. Tal conhecimento é possível através de informações sobre o contexto apresentado subsidiada pela análise de documentos, diálogos com funcionários e pesquisas bibliográficas sobre a temática trabalhada.

A abordagem junto às famílias é um segundo instrumental importante na medida que constantemente o Assistente Social na instituição é chamado para estar atuando diretamente com as famílias, aproximando-se destas possibilitando algumas ações de equipe e a construção de vínculo, sendo este,

(...) um contato intencional de aproximação, através do qual criamos um espaço para o diálogo, para a troca de informações e/ou experiências, para a tomada de conhecimento de um conjunto de particularidades necessárias à ação profissional e/ou o estabelecimento de novas relações. (SARMENTO, 2005 p.32).

Caracterizada como o momento de apresentação do profissional à família recém internada na instituição, a abordagem proporciona o acolhimento e o vínculo. Cheupel conceitua o acolhimento em saúde como sendo a recepção do usuário.

Refere-se tanto a recepção do usuário ao sistema de saúde quanto à abertura do sistema para o usuário, (...) uma relação de humanização dentro de um estabelecimento de saúde, como também pode ser entendido como uma rede de conversações na qual o diálogo é fundamental para sua formação (CHEUPEL, 2005 p.62).

É um processo de intervenção, permeado por uma relação de respeito à individualidade e singularidade da família. Para a realização do acolhimento, parte-se da lógica de efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no que trata do respeito de atendimento igualitário a todos os cidadãos e de forma universal, sem preconceitos e discriminações de raça, cor, gênero e etnia. Conforme a Lei 8080/90 em seu artº 7º deve-se ter

respeito aos sentimentos e ao modo de pensar de cada cidadão, assim como de suas crenças e convicções.

Acolher é um direito social,

envolve a percepção de que a pessoa acolhida é um sujeito protagonista de sua própria história, que carrega consigo sonhos, desejos, visões de ser humano e de mundo, com posturas políticas, com uma rede de relações, que é detentor de direitos. (SANTOS, 2005, p.41).

A construção do vínculo tem seu papel fundamental no tratamento e manutenção da saúde da criança. A desnutrição pode desencadear um afastamento da mãe levando a ausência ou o fraco vínculo entre mãe e filho, é fator de risco assim como a situação socioeconômica da família e a falta de informação sobre os cuidados necessários com a criança. A falta de carinho e atenção ganha destaque junto com a condição de vulnerabilidade decorrente da pobreza afeta de forma significativa o crescimento da criança exigindo a intervenção de toda a equipe para trabalhar com a mãe sua recuperação e preparação para cuidar da criança quando estiverem no domicílio.

Assim, o fortalecimento do vínculo entre mãe e filho faz parte dos procedimentos a serem realizados para garantir a recuperação nutricional da criança. O vínculo deve ser criado entre a mãe ou cuidador e o filho assim como também entre o profissional e a família conforme estabelecido no Manual de Atendimento da Criança com Desnutrição Grave em Nível Hospitalar criado pelo Ministério da Saúde (2005).

Inserido na área da saúde, a atuação profissional do Assistente Social como viabilizador da política pública, visa à garantia dos direitos através da efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) como Política de Saúde e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no que diz respeito a “promoção, proteção e recuperação da saúde” conforme seu Art. 11º. Direito este, de tratamento adequado que promova a recuperação do estado nutricional da criança internada.

A preparação para a alta hospitalar realiza-se apenas quando a desnutrição não mais enquadra-se nos critérios de internação e está fora da zona de risco, quando a criança já está recuperada o Serviço Social busca garantir o acompanhamento na unidade local de saúde do

município de origem enfatizando a importância de ser realizadas visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família. A alta é realizada apenas quando a mãe-cuidadora ou responsável é orientada quanto à necessidade de cuidar da criança no domicílio usando de forma adequada a fórmula nutricional especial prescrita pelo médico nutrólogo e comparecendo aos retornos ambulatoriais na instituição. As Secretarias Municipais de Saúde são contatadas a fim de fornecerem a fórmula prescrita já que a recuperação da saúde da criança depende deste “medicamento”.

As fórmulas nutricionais especiais são medicamentos para as crianças que apresentam desnutrição secundária⁹ predominante nos casos graves da doença que são internadas na instituição. É decorrente de alguma doença de base que pode ser detectada atualmente na coleta de material no recém nascido denominado de teste do pezinho.

O teste do pezinho é um exame laboratorial gratuito e obrigatório onde é coletado sangue do pé do bebê. Este exame pode detectar erros inatos de metabolismo que são as doenças hereditárias causadas geralmente pela ausência ou deficiência de uma enzima como a fenilcetonúria¹⁰, o hipotireoidismo congênito e a fibrose cística¹¹, doenças que podem levar a ocorrência de distúrbios nutricionais.

Existem também algumas outras doenças não detectadas em exame neonatal como a doença celíaca¹² ocasionada pela intolerância ao glúten, proteína presente em muitos cereais e massas, as alergias alimentares que provocam reações adversas do organismo a alguns alimentos, a alergia ao leite de vaca que são reações adversas do organismo a proteína do leite e a intolerância a lactose onde o organismo tem a incapacidade de digerir a lactose presente em leites. Todas as doenças supracitadas requerem tratamento adequado à base de fórmulas nutricionais especiais. A não adesão ao tratamento leva a reações do organismo que ocasionam a perda de peso e a desnutrição infantil. Se não tratada de forma adequada pode

⁹ Segundo sua etiopatogenia, a desnutrição pode ser primária decorrente de fatores socioeconômicos e culturais, pode ser secundária decorrente de uma doença de base que impede o organismo de absorver os nutrientes como, por exemplo: fenilcetonúria, fibrose cística, intolerância a lactose, má absorção alimentar, alergia a leite e vaca, etc.

¹⁰ Doença genética, causada pela ausência da enzima que metaboliza o aminoácido fenilalanina. Se não tratada adequadamente pode ocasionar distúrbios mentais. O tratamento é a base de fórmula nutricional especial sem proteínas e aminoácidos já que o organismo não tolera tais nutrientes.

¹¹ Também conhecida como mucoviscidose é uma disfunção do pâncreas que leva a digestão e absorção inadequada de alimentos. Krause & Mahan (1985).

¹² “Estado de má absorção induzida por disfunção crônica da assimilação intestinal” (KRAUSE & MAHAN, 1985 p.840).

levar a constantes re-internações, ficando a criança susceptível a infecções agravando seu estado de saúde.

A vulnerabilidade das famílias dificulta a recuperação da saúde. Vulnerabilidade essa decorrente da pobreza que os torna excluídos na sociedade.

A noção de pobreza é ampla, ambígua e supõe gradações. Embora seja uma concepção relativa, dada a pluralidade de situações que comporta, usualmente vem sendo medida através de indicadores de renda (múltiplos e submúltiplos do salário mínimo) e emprego, ao lado do usufruto de recursos sociais que interferem na determinação do padrão de vida, tais como saúde, educação, transporte, moradia, aposentadoria e pensões, entre outros. (YAZBEK, 2006 p.62).

Todo o processo de tratamento e recuperação nutricional ocorre a partir das delimitações feitas dos fatores que determinam tal condição. Esses fatores são trazidos a partir do levantamento de dados sobre o contexto familiar.

A falta de adesão ao tratamento e as freqüentes re-internações tem como fator determinante a total ausência de interesse pelo poder público em criar políticas eficientes que atendam as demandas da sociedade no que diz respeito ao fornecimento de fórmulas nutricionais especiais, sendo que para promover a recuperação nutricional e evitar hospitalizações freqüentes e em períodos prolongados é preciso o efetivo acompanhamento de outros níveis de atenção. Ao contatar os municípios de origem, ocorre um total descaso da rede municipal de saúde sendo que em algumas secretarias não existe um profissional Assistente Social para realizar o atendimento ou a responsabilidade é simplesmente transferida para a assistência social esquecendo que as fórmulas nutricionais é um medicamento especial que deve ser garantido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Dentre as múltiplas determinações do objeto de intervenção destaca-se a falta de informação sendo um fator determinante na medida que torna-se importante para o resultado do tratamento pois o desconhecimento dos direitos de acesso e serviços pode levar ao agravamento do estado de saúde da criança. A avaliação do estado nutricional realizada por um profissional qualificado previne a letalidade da doença, tal avaliação pode ser realizada em todos os níveis de atenção.

A negligência intrafamiliar é também um fator determinante quando ocorre à “omissão de cuidados básicos (...), a falta de atendimento aos cuidados necessários a saúde” (Ministério da Saúde, 2002 p.12). Fenômeno presente em muitas famílias brasileiras é visto muitas vezes pela sociedade como normas de cuidado adequado, padrões esses estabelecidos culturalmente pela sociedade. Deve ser detectada por profissionais de saúde “independente da culpabilidade dos pais ou dos responsáveis pelos cuidados da vítima, é necessária a notificação e a tomada de decisão a favor da proteção desse menino ou dessa menina que está sofrendo a situação de desamparo”. (Ministério da Saúde, 2002 p.12).

Um outro fator determinante a ser destacado é a ocorrência de um número expressivo de mães-cuidadoras com transtornos psiquiátricos que causam também a negligência familiar, mesmo com o fornecimento do leite especial a criança é impossibilitada de receber os cuidados necessários.

A desinformação, a falta de instrução e ou baixo grau de escolaridade leva as famílias a serem compostas por um número acentuado de membros, este também é fator condicionante para a ocorrência da desnutrição, pois as precárias condições socioeconômicas impossibilitam a sobrevivência na sociedade contemporânea caracterizada pela disparidade de renda, sendo que, ao ser fornecido as fórmulas nutricionais é impossível garantir que apenas a criança com distúrbio nutricional utilize tal alimento sendo que toda a família encontra-se desprovida dos mínimos sociais que garantam a sua alimentação.

A realidade das famílias faz com que sejam privadas socialmente, economicamente, culturalmente e politicamente. Essa posição diante da sociedade faz com sejam dependentes do Serviço Social não vendo o serviço como um direito e sim como uma ajuda. O valor elevado das fórmulas também inviabiliza a sua aquisição impossibilitando a adesão ao tratamento.

Como expressões da questão social¹³, a pobreza e a exclusão estão presentes nos espaços sócio-ocupacionais de atuação do Assistente Social, enfrentadas através de políticas sociais eficientes. A pobreza é uma violência que permeia os lares de muitas famílias

¹³ “A *questão social* não é sinônimo da contradição entre capital e trabalho e entre forças produtivas e relações de produção – que geram desigualdades, pobreza, desemprego e necessidades sociais – mas, de embate político, determinado por essas contradições”. (PEREIRA, 2001, p.54).

brasileiras, sendo banalizada todos os dias pela sociedade e principalmente pelo poder público. O Estado não cumpre com o seu dever, não prioriza suas ações garantindo a saúde da criança, conforme estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

No processo de efetivação de direitos estão os Conselhos Tutelares acionados constantemente a fim de garantir a saúde conforme traz o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Em todo caso de suspeita de violação dos direitos, o Conselho Tutelar atua a fim de zelar pelo cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) conforme traz seu artº131, citado como “órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente”. Não jurisdicional por não fazer parte do poder judiciário. Os conselhos têm atuação direta, estão presentes em todos os municípios sem possuírem vínculo, devem atender as crianças e adolescentes a partir de medidas protetivas estabelecidas no artº 98. A violação dos direitos incumbe medidas cabíveis trazidas no artº101 que vai desde os encaminhamentos para os pais e responsáveis como o abrigamento.

O Conselho Tutelar, como órgão fiscalizador dos direitos atua na garantia da alimentação e nutrição de qualidade, já que é indispensável para o desenvolvimento humano sendo direito de todos os cidadãos e responsabilidade do Estado garantir através de políticas públicas efetivas. Na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 a saúde é apontada como direito o Estado é mecanismo facilitador do acesso.

A legislação brasileira traz a alimentação como indispensável para o completo bem-estar dos cidadãos, sendo direito adquirido a partir de lutas societárias. Diante deste contexto, destacamos a seguir as legislações brasileiras como mecanismos garantidores de direitos.

SEÇÃO II

A DESNUTRIÇÃO INFANTIL E SEU SIGNIFICADO SOCIAL NA PERSPECTIVA DO DIREITO

3.1 LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

É de suma importância que inicialmente apresentemos as legislações em vigor no ordenamento jurídico brasileiro, a fim de demonstrar a efetiva proteção aos direitos dos pacientes, em especial, aqueles desprovidos de recursos financeiros.

Como requisitos básicos para a saúde da criança, a promoção e proteção da alimentação e nutrição adequada ganha destaque por serem imprescindíveis no crescimento e desenvolvimento saudável. Tais determinações estão explícitas na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, marco legislativo na concretização dos direitos humanos. A declaração traz em seu artigo XXV o direito de todo homem a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família, a saúde e bem-estar, no que inclui a alimentação como indispensável para a sobrevivência. A Declaração reconhece os direitos humanos avançando no que diz respeito à valorização e defesa com a garantia de proteção à saúde dentro da perspectiva do direito a nutrição adequada.

O Estado diante da responsabilidade de concretizar o direito a alimentação e nutrição como mecanismo protetor, deve viabilizar suas ações para a garantia do direito humano, porém não é o que acontece na atualidade. Por se tratar de direitos que não estão “*efetivamente protegidos* num ordenamento jurídico”, direitos apenas reivindicados pela sociedade, não são reconhecidos e protegidos pelo Estado impossibilitando assim que saiam do papel como traz Bobbio, 1992 apud Schons (1999).

Baseado em normas de igualdade, a declaração é o marco na luta pelos direitos através da reivindicação da população, direitos esses fundamentais para a sobrevivência em sociedade, tendo uma concepção de saúde como direito humano universal, sendo violado pelo Estado sempre que este não promove sua satisfação. “Assim, como a sociedade hoje recusa a

tortura e a morte, é necessário recusar também a fome e a falta de moradia, de educação e de emprego, o que exige legislação, ordenamento institucional e políticas públicas efetivas” (OLIVEIRA, 2007, p.12).

Os direitos sociais precisam da intervenção estatal para se efetivar, por isso não é satisfatório que estejam proclamados numa declaração, necessitando de proteção jurídica, pois dependem das ações do Estado.

Não obstante, a CF/88 - Constituição Federal do Brasil de 1988, incorporando a visão do Movimento Sanitário, trouxe um novo sistema de proteção social através da seguridade social com o princípio de universalização dos direitos sociais sob responsabilidade do Estado. Surge como base da legislação federal brasileira, ampliando os direitos sociais com a concepção de Estado democrático de direito. Em seu Título VIII, Capítulo II, Seção II a saúde surge, como aborda Bravo (2007), como política pública baseada nos princípios de universalidade e igualdade assumindo sua dimensão política através de uma alteração da norma constitucional que visa mudanças nas práticas institucionais e a politização da questão saúde. A constituição traz a saúde como sendo “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988, ARTº 196º)

A política passa a ter um papel de destaque na promoção, proteção e recuperação da saúde no contexto da alimentação e nutrição adequada, apesar de atualmente sofrer com a inviabilidade do poder público em ter suas ações voltadas para este direito constitucional, permitindo a ocorrência de doenças que afetam a saúde da criança com destaque para a desnutrição infantil.

A saúde como direito social integra a seguridade social desde a CF/88 – Constituição Federal do Brasil de 1988. É área de atuação do Assistente Social como profissional que busca identificar seus fatores condicionantes, atuando nas diferentes expressões da questão social que determinam a saúde, através de ações que visam a sua promoção e recuperação.

A garantia do acesso universal aos serviços públicos de saúde é dever do Estado, todos os cidadãos devem ter assegurado o atendimento as suas necessidades de forma qualificada, e com prioridade quando se trata de crianças e adolescentes.

Após a promulgação da Constituição, as organizações da sociedade civil que participaram do processo constituinte influenciando a área da criança e do adolescente se articularam com setores progressistas da Magistratura, do Ministério Público e do Poder executivo, defensores da doutrina de Proteção Integral, para elaborar e articular a aprovação da Lei Complementar aos Artigos 227 e 228 da Constituição, que viria a ser chamada de Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA (Lei nº 8.069/90) (TORRES, FILHO E MORGADO, 2008, p.107).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi construído a partir de princípios trazidos na CF/88 – Constituição Federal do Brasil de 1988, traz direitos e deveres conquistados e surge baseado na doutrina de proteção integral. A criança passa a ter prioridade absoluta nas ações e formulações de programas e projetos que garantem os direitos fundamentais à saúde, lazer, educação, entre outros conforme seu artº 7º - “A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e a saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”.

No âmbito da saúde, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) traz a garantia de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de forma integral. “É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”. (BRASIL, 1993, ARTº 11). Sendo dever do poder público garantir de forma gratuita os medicamentos indispensáveis para o tratamento, incluindo as fórmulas nutricionais especiais. “Incumbe ao Poder Público fornecer gratuitamente aqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação”. (BRASIL, 1993, ARTº 11. § 2º).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi mais um avanço em termos de legislação brasileira como instrumento viabilizador dos direitos sociais através da doutrina de proteção integral. O Estado, com o dever de efetivá-los, deve dar prioridade as suas ações, “A lei exige que os direitos sociais sejam expressão social do Estado e que, por intermédio dele,

seja feita a gestão das políticas sociais. Descarta, desse modo, o trato compensatório do atendimento a infância” (TORRES, FILHO E MORGADO, 2008, p.108).

Com a doutrina de proteção integral, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) traz os direitos fundamentais num paradigma orientador dos direitos sociais trazendo como mecanismos de controle social os conselhos de direitos, tutelares, o juizado da infância e juventude, as promotorias públicas e defensorias, os fóruns de defesa da criança.

Assim como o Estatuto veio contribuir com a luta pela universalização dos direitos sendo referência jurídica no campo da atenção a criança e ao adolescente, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge como o sistema de viabilização do acesso universal a saúde. No artº2 da Lei 8080/90 a saúde surge como “direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. No artº 3º a alimentação aparece como fator determinante para a saúde,

saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990, ARTº 3º).

No artº 6 o Sistema Único de Saúde (SUS) ganha atribuições sendo uma delas: “a vigilância nutricional e a orientação alimentar” (LEI 8080/90, ARTº 6º, D, IV) e “a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção” (BRASIL, 1990, ARTº 6º, D, VI) como garantia e obrigatoriedade do fornecimento dos medicamentos, destacando-se as fórmulas nutricionais especiais, como indispensável para a saúde.

Complementando a redação trazida na CF/88 Constituição Federal do Brasil de 1988, a Lei 8080/90 traz ainda em seu artº 7º que,

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda os seguintes princípios: I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1990, ARTº 7º).

Já no artº 19º define-se o atendimento hospitalar como modalidade de assistência no que diz respeito às visitas domiciliares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo,

estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar: § 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. § 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. § 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (BRASIL, 1990, ART. 19-1).

Porém, apesar de toda a legislação explanada, mesmo que os direitos sociais sejam fundamentais e aceitos pela sociedade no que inclui o direito a saúde, quando se trata de tornar efetivo o que aborda a legislação ocorre oposições e restrições que inviabilizam o processo já que existem fatores condicionantes como infra-estrutura adequada e profissionais.

Atualmente o direito ao fornecimento obrigatório das fórmulas nutricionais especiais é violado por muitos municípios do Estado de Santa Catarina. Embora o índice de hospitalização de crianças com quadro grave de desnutrição infantil no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) tenha caído nos últimos anos, ainda persiste um número considerável de internações por causa dos distúrbios nutricionais decorrente da ausência do fornecimento dos leites especiais.

Diante desse contexto, ressaltamos a importância de legitimar os direitos promulgados nas legislações vigentes no Brasil, através da implementação de políticas sociais públicas por meio de ações que combatam as doenças relacionadas à alimentação e nutrição.

Sendo assim, abordaremos a seguir as políticas sociais públicas como forma de atender as demandas advindas das crianças com desnutrição grave.

3.2 POLÍTICAS SOCIAIS PÚBLICAS

Abordar sobre as políticas sociais públicas é refletir sobre os problemas do Brasil na contemporaneidade. Pensar sobre as políticas públicas na atual sociedade capitalista como

forma de enfrentamento da questão social torna-se algo contraditório, pois o sistema encarrega-se de repor as várias expressões da questão social combatida.

Em resposta as reivindicações da população, as primeiras formas de políticas sociais públicas no Brasil surgem num período de ascensão do capitalismo caracterizado por lutas de classes e intervenção estatal. O Estado, como organizador político, apresenta-se como regulador da vida em sociedade assegurando os direitos sociais através da proteção social.

As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas a formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho. (BEHRING E BOSCHETTI, 2008, p.51).

Criadas para atender as necessidades societárias, as políticas sociais são avanços conquistados no que diz respeito à ampliação da cidadania, está diretamente relacionada à ausência. Formuladas pelo Estado como regulador das relações sociais, surgem como forma de enfrentamento da desigualdade no país garantindo direitos sociais como saúde, educação e habitação, entre outros. Apesar de ser um avanço ainda podemos perceber que persiste uma distância muito grande entre os direitos estabelecidos em leis e sua implementação.

É através das políticas públicas que desenvolvem-se os programas e projetos de governo, fazendo parte desse processo a sociedade através do controle social. Arena de conflitos e confrontos, a relação Estado/sociedade é caracterizada por um processo de regulação das políticas através de sua operacionalização baseado nos interesses públicos.

Política Pública significa, portanto, ação coletiva que tem por função *concretizar direitos* sociais demandados pela sociedade e previstos nas leis. Ou, em outros termos, os direitos declarados e garantidos nas leis só tem aplicabilidade por meio de políticas públicas correspondentes, as quais, por sua vez, operacionalizam-se mediante programas, projetos e serviços. Por conseguinte, não tem sentido falar de desarticulação entre direito e política se nos guiarmos por essa perspectiva. (PEREIRA, 2002, p.223).

Bravo (2002) fazendo sua análise acerca do controle social traz que é exercido pela sociedade através de ações organizadas de diversos segmentos da sociedade a partir dos conselhos, esses destacam-se como *locus* do fazer político. Neles os usuários discutem e elaboram de forma deliberativa e paritária as políticas sociais.

As políticas sociais são campos de efetivação dos direitos sociais alicerçado pelo princípio da igualdade e liberdade onde é preciso a intervenção estatal para a garantia e transformação dos direitos em realidade. “No contexto da cidadania, os direitos sociais são os mais dinâmicos e, conseqüentemente, os que mais têm se multiplicado e se especializado” (BOBBIO, 1992 apud PEREIRA, 2002, p.224).

Bobbio, 1992 apud Schons, 1999 diz que só podemos explicar o surgimento dos direitos se classificamos em gerações sendo, os direitos de primeira geração, direitos a liberdade, os de segunda geração, direitos sociais e os de terceira geração, direitos de viver com qualidade, baseado no contexto histórico em que estão inseridos, sendo os de segunda geração que “está ainda em processo de construção no Brasil”. (ARAÚJO, 2003, p.63).

Os direitos sociais, por se regerem pelo princípio da igualdade e da justiça social, pressupõem uma postura ativa e positiva do Estado, que consiste em prover e fazer o que for devido ao cidadão que, como tal, se converte em credor e titular legítimo desse atendimento. (PEREIRA, 2002, p. 221).

Diante deste contexto, as políticas sociais surgem como marco na história da legislação brasileira, trazidas na CF/88 - Constituição Federal do Brasil a partir do capítulo da seguridade social que engloba a saúde, a previdência social e a assistência social, é no âmbito das três políticas que se garante os direitos sociais.

Com a CF/88 - Constituição Federal do Brasil, o sistema de proteção social passa a incorporar novos valores, baseado no princípio de universalização, avança na garantia do exercício de cidadania. A seguridade social inova com a concepção de bem-estar a partir de ações integradas das três políticas que compõem o sistema brasileiro de proteção social sendo conceituada como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (CF/88 – Constituição Federal do Brasil, 1988, artº 194).

Para que ocorra a sua consolidação, o Estado deve intervir através de mecanismos garantidores de direitos, longe de práticas assistencialistas e compensatórias, assegurando o acesso justo e igualitário e fugindo da lógica capitalista de exclusão e desigualdade. Os cidadãos, reconhecendo-se como sujeitos de direitos, têm representação garantida diante da esfera pública descaracterizando a forma clientelistas das políticas sociais.

Área de atuação do Assistente Social, as políticas sociais viabilizam-se na medida que passam a atender as demandas da sociedade, advindas dos usuários. Neste contexto, o Assistente Social atua desenvolvendo e garantindo o acesso igualitário de todos na defesa dos direitos sociais universais.

No âmbito da saúde, a política social brasileira instituiu avanços frente às desigualdades sociais instauradas. A partir da promulgação da CF/88 - Constituição Federal do Brasil, baseada nos princípios de universalidade, conquistou-se direitos que possibilitaram o exercício da cidadania. O Estado passou a ter um compromisso político com a população intervindo na sociedade a fim de garantir direitos conquistados ao longo da história política do Brasil.

A promulgação da CF/88 – Constituição Federal do Brasil fez com que a saúde passasse a ser vista como política pública, pois de acordo com o capítulo da Seguridade Social, seção II artº 196º a saúde surge como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.(CF/88 – Constituição Federal do Brasil, 1988, ARTº 196º). A CF/88 – Constituição Federal do Brasil marca um momento importante na história da saúde pública brasileira, um novo conceito ampliado de saúde é instaurado diante da compreensão do processo saúde-doença.

Como essencial para a qualidade de vida humana, a saúde passa a ser vista como direito humano, promovida através de ações que garantam o direito à alimentação adequada, a equidade social, ao ambiente saudável, entre outros. Passa a ter uma nova concepção, diferente daquela voltada apenas para a ausência de doença, destacando os fatores condicionantes para ser estabelecida. Uma nova visão aparece diante dos olhos de várias categorias profissionais que percebem a necessidade de trabalhar num contexto multidisciplinar como forma de viabilização da atual política instaurada. A saúde passa a ser definida como “produto das condições objetivas de existência e resultado das condições de vida – biológica, social, econômica, cultural, particularmente das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza por meio do trabalho” (CAVALCANTI E ZUCCO, 2008, p.70).

Como traz Oliveira (2007), importantes patrimônios foram conquistados com a promulgação da CF/88 – Constituição Federal do Brasil sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) um deles. Como sistema político e único é definido no artº 4º da Lei 8080/90 como,

conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS. (LEI Nº 8080/90, ARTº 4º)

Surge para efetivar um direito constitucional através de ações integralizadas e regionalizadas. É resultado da luta de trabalhadores da saúde através do Movimento Sanitário Brasileiro¹⁴ que buscava por um sistema gratuito e acessível a todos, independente de contribuição previdenciária. O Sistema Único de Saúde (SUS) então criado, tem como dever, promover, prevenir e recuperar a saúde de todo cidadão a partir de programas implantados nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

O Sistema Único de Saúde (SUS), tem como princípios à universalidade a integralidade e a equidade, princípios esses que regem todo o sistema. Como diretrizes traz a descentralização, a regionalização e a hierarquização, a participação da sociedade e a complementaridade do setor privado.

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198º da CF/88 – Constituição Federal do Brasil, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

¹⁴ Krüger (2005) traz que o Movimento Sanitário surge na década de 70 em oposição ao regime militar instaurado no Brasil, propagando-se a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde que resultou no SUDS, base para o atual Sistema Único de Saúde (SUS).

- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Como política pública, o acesso aos serviços de saúde deve ser garantido a todos os cidadãos pelo Estado através de ações integradas baseadas nos fatores determinantes específicos de cada região, destacando assim um conceito ampliado de saúde no que corresponde as ações necessárias para o completo bem-estar físico, mental e social da coletividade,

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (LEI 8080/90, ARTº 2º).

A assistência básica em saúde é responsabilidade dos municípios que, de acordo com as necessidades de sua população, atuam a fim de assegurar o acesso dos usuários em todos os níveis de atenção. As unidades de atenção básica são as portas de entrada para o sistema.

- **Nível primário de atenção ou atenção Básica:** correspondem as unidades básicas, postos de saúde que servem como “porta de entrada” para os usuários, nelas são comuns ações de promoção e prevenção realizadas junto á comunidade, a partir dele, a demandas são referenciadas para os outros níveis quando necessário;
- **Nível secundário de atenção ou de média complexidade:** correspondem as policlínicas ambulatoriais ou hospitais de diagnósticos complementares;
- **Nível terciário de atenção ou alta complexidade:** hospitais altamente especializados (profissionais e recursos tecnológicos), objetivando a recuperação da saúde, que atendem os problemas não resolvidos nos demais níveis e serviços de saúde.
- **Nível quaternário de atenção:** referente ao nível em que são tratadas as reabilitações de seqüelas deixadas pelas patologias. (CHUPEL, 2005 apud WETPHAL E ALMEIRA, 2001, p.20).

O sistema de referência e contra-referência é uma forma de organização da rede de saúde segundo o nível de complexidade dos serviços prestados. As unidades básicas de saúde encaminham as crianças com desnutrição infantil para as instituições mais próxima de sua área de abrangência. As crianças referidas para a internação nos hospitais são reavaliadas e internadas.

Após o tratamento e quando ocorrer à alta hospitalar a criança retorna para seu município de origem sendo acompanhada pelas unidades básicas de saúde. Nos casos em que o atendimento for realizado fora do município de origem utiliza-se o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) como documento legal¹⁵.

O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) como traz a Portaria do Ministério da Saúde nº 055 de 24/02/1999 é a legislação que garante o direito à saúde. É um programa do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa o atendimento fora do município de origem, ele garante o deslocamento gratuito, alimentação e hospedagem quando for o caso para a criança e o acompanhante. É a forma de viabilização do tratamento adequado de doenças, tratamento este impossibilitado no município residente por fatores relacionados à infra-estrutura e a profissionais qualificados.

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), um novo modelo de prestação de serviços de saúde é instaurado, os municípios passam a ter novas competências e

¹⁵ Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999. “Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde (SUS), com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências”. (MS, 1999).

autonomia. Souza, Monnerat e Senna (2002) diz que tal processo faz parte do princípio de descentralização dos serviços públicos de saúde. Com a municipalização, a política sofre um processo de redimensionamento e a oferta de serviços prestados pelos municípios passam a depender exclusivamente de sua capacidade técnica.

Chupel (2005) tratando da atenção básica aborda o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) como programas criados para aperfeiçoar a atenção básica¹⁶ visam à melhoria e a qualidade dos serviços prestados, buscam a integralidade e a universalidade das ações. Com a qualificação dos serviços de saúde na atenção básica, os atendimentos hospitalares limitam-se aqueles não resolvidos nos outros níveis de atenção e complexidade, acabando com a visão dos hospitais como o centro das intervenções.

Apesar dos programas e propostas de melhoria do sistema público de saúde brasileiro, a Política vigente sofre um processo de sucateamento que impede a legitimação de seus princípios e diretrizes sendo caracterizada pela desigualdade e pela exclusão social. O caráter focalista, privatista e a total desresponsabilização do Estado faz com que seja desrespeitado os princípios constitucionais.

Desde a promulgação da CF/88 - Constituição Federal do Brasil, não houve uma completa efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), gigantescas filas de espera e seletividade no atendimento marcam os serviços públicos de saúde. O descaso do poder público com a saúde da população é decorrente da prioridade dada às políticas econômicas demandada pelas normas de mecanismos internacionais ligado a compromissos que levam a ausência de recursos e a uma exorbitante dívida externa, que reflete no avanço das políticas sociais, inviabilizando-as e fazendo com que percam o caráter de universalidade.

Os recursos para a saúde não ampliam-se apesar de ocorrer um aumento significativo nos gastos anuais e está muito longe do que foi trazido na CF/88 – Constituição Federal do Brasil. Segundo Cohn (2007) a atual política de saúde brasileira restringe a busca pelo atendimento ao momento da necessidade, da doença, onde o desconhecimento do direito ao acesso faz com que sejam excluídos da política, assim como o desconhecimento dos serviços,

¹⁶ Ambos criados pelo Ministério da Saúde com apoio do BIRD - Banco Interamericano de Desenvolvimento e BMI -Banco Mundial.

decorrente da falta de informação adequada, resulta no aumento das internações nos hospitais públicos pelo agravamento do estado de saúde.

Araújo (2003) diz que a sociedade contemporânea exige a consolidação dos direitos já que novas expressões da questão social surgem e exigem uma forma de proteção que venha contra a exclusão social. O compromisso do Estado é investir na área social, sabe-se que a universalização dos direitos é um desafio a ser enfrentado, porém sabe-se também que a falta de políticas públicas efetivas levam ao agravamento da questão social.

Vistas pela doutrina neoliberal como inseqüentes e inviáveis, as políticas sociais públicas sofrem com as medidas provisórias e reformas que tentam apenas privatizar os serviços públicos justificando-os como inoperantes, sem tratar das causas dessa inoperância que é a falta de recursos disponibilizados para a viabilização de qualquer tipo de mecanismo garantidor de direitos, segundo Pereira (2007). Impossibilitada de atender as demandas de seus usuários, as políticas tornam-se compensatórias, obrigando ações voluntárias e práticas politiqueras.

É neste universo contraditório que o Assistente Social se insere como profissional de saúde juntamente com outras categorias profissionais pensando na atuação interdisciplinar frente a atual concepção de saúde. “O reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção” (Resolução nº 218/97¹⁷ Ministério da Saúde, 1997), Sendo assim, torna-se relevante apresentarmos a seguir a atuação do Assistente Social frente à garantia do direito ao acesso às fórmulas nutricionais especiais.

3.3 DA NECESSIDADE DE ALIMENTO ESPECIAL GRATUITOS

No Brasil, ainda se tem o falso entendimento de que o Governo está obrigado a fornecer gratuitamente, tão somente, medicamentos, com o intuito de suprir as necessidades dos cidadãos brasileiros no que concerne à saúde.

¹⁷ Conforme Anexo B.

No entanto, a lei é cristalina ao afirmar que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, **a alimentação**, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Como se não bastasse, na CF/88 - Constituição Federal do Brasil existem, ainda, vastas leis infraconstitucionais que determinam a total garantia aos cidadãos brasileiros de acesso à saúde. Ainda assim, observamos que, na prática, os usuários que dependem especificamente de alimentos especiais, tais como as fórmulas infantis, não conseguem obter estes produtos gratuitamente pelo poder público.

Esta restrição deve-se ao fato da Administração Pública entender, erroneamente, que os produtos denominados “alimentos” não são de extrema relevância à saúde humana, como são os medicamentos.

Entretanto, os alimentos especiais, muito embora sejam registrados no Ministério da Saúde como sendo “alimentos”, são de extrema relevância para a sobrevivência dos pacientes dependentes destes produtos.

Podemos salientar que a função primordial dos alimentos especiais é nutrir o organismo “doente”, ajudando no tratamento de determinada patologia. O que vale dizer que, a ausência destes alimentos especiais fará com que o organismo fique muito mais debilitado e, por conseguinte, suscetível às enfermidades maiores.

A ocorrência da desnutrição infantil em crianças com distúrbios nutricionais é decorrente da ausência dos alimentos especiais. Como sinônimo do crescimento deficiente tem efeito devastador, pois provoca o crescimento inadequado e infecções que ocasionam internações freqüentes e prolongadas. Impossibilitadas de sobreviver em sociedade, às crianças lotam os leitos hospitalares estando no estado grave da doença, tal situação decorre da dieta irregular que impossibilita a quebra do ciclo vicioso de doença-internação-alta-reinternação.

Apesar da alimentação ser direito imprescindível, a desnutrição infantil ainda é um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil devido sua influência no desenvolvimento

e crescimento da criança. Indispensável para o desenvolvimento humano é causada pela falta de acesso aos direitos sociais, podendo ser combatida com políticas sociais efetivas.

Inseridos neste universo encontram-se os Assistentes Sociais como profissionais viabilizadores do acesso aos direitos sociais. Com competência teórico-prático e fazendo o usuário do sistema um sujeito de direitos atua na defesa do direito universal a saúde tornando o *fazer* profissional relevante na medida que é necessário para o acesso aos serviços e benefícios. Através de práticas sócio-educativas ligadas á informação, proporcionam o conhecimento do direito de acesso a saúde, por isso, atualmente é o campo que mais emprega Assistentes Sociais com destaque no setor público no que diz respeito à satisfação das necessidades indispensáveis a vida como alimentação, educação, etc.

A inserção do serviço social tem se tornado necessária na promoção, proteção e recuperação da saúde em diferentes níveis do SUS derivada da adoção do conceito ampliado de saúde, que compreende o processo saúde-doença como decorrente das condições de vida e de trabalho. (CAVALCANTI E ZUCCO, 2008, p.75).

Inseridos nos espaços sócio-ocupacionais, os Assistentes Sociais sofrem com o imediatismo existente, precisando ter clareza sobre a atuação que possibilita um total comprometimento com as demandas. Tal prática decorre de uma atuação crítica voltada para a consolidação do projeto ético político da profissão sendo possível a superação da imediaticidade. Como traz Guerra (2007) o comprometimento com o projeto ético-político da profissão permite uma visão clara e profunda da realidade social possibilitando que seja percebida em sua totalidade.

Habilitado para atender as demandas advindas do processo saúde-doença, o Assistente Social executa a política de saúde como especialista, fazendo-se reconhecer no cenário em que exerce suas atividades como capacitado para enfrentar as expressões da questão social. Baseado nos princípios constitucionais e nas leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como função mediar a relação do Estado e do direito à saúde do cidadão, facilitando o acesso aos serviços públicos, pois a partir do momento que a população está inserida no sistema de saúde incorpora o direito e consolida o princípio da universalidade.

Nessa perspectiva, o assistente social intermediará a relação entre o Estado e o direito a saúde do cidadão. Para tanto, intervém no tênue limite entre o

cumprimento dos direitos dos usuários e o respeito às normas institucionais, que em algumas situações dificultam a entrada no sistema de saúde, sendo este conflito uma das expressões dos embates sociais. Por vezes, o profissional responderá as demandas dos usuários dos serviços com ações imediatas e emergenciais, sem, no entanto, perder de vista a noção do direito e o princípio da integralidade, que permeiam a visão de totalidade. (CAVALCANTI E ZUCCO, 2008, p. 79).

No que rege os interesses dos usuários, deve ter suas “ações voltadas à conquista de direitos” (GERBER, 2000, apud GERBER, 2006, p.27), planejando-as e registrando-as como subsídios de legitimação da atuação junto ao atendimento das demandas dos usuários. Tal planejamento deve estar embasado no conhecimento de como os serviços de saúde organizam-se para assim assegurar seu acesso. O conhecimento abrange recursos voltados para o atendimento às demandas apresentadas, domínio sobre as políticas públicas, o Sistema Único de Saúde (SUS) e as leis. Deve compreender os limites da atuação e possibilidades, atentando para suas atribuições, conforme os princípios que regem a profissão.

A atuação do assistente social na área da saúde pressupõe o domínio da discussão no campo das políticas públicas, particularmente do SUS, e de como o acesso a este sistema é garantido aos cidadãos. Isso implica um conjunto de saberes que envolve o processo saúde-doença, a trajetória da política de saúde brasileira, a reforma sanitária e as mudanças advindas da Constituição de 1988. (CAVALCANTI E ZUCCO, 2008, p.77).

Numa perspectiva interdisciplinar os serviços públicos, como *locus* da concretização do direito à saúde e consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), devem ser espaços de democratização das informações onde a complementaridade de saberes deve permear o cotidiano de trabalho dos profissionais inseridos nesta política, possibilitando a superação da fragmentação do saber. Com ações centradas nas reais necessidades de saúde, o Assistente Social deve articular sua prática aos interesses e necessidades dos diferentes segmentos da sociedade já que atualmente é solicitado a estar atuando em todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) como fazendo parte de uma equipe interdisciplinar onde os profissionais tenham os mesmos objetivos apesar de diferentes formações e funções.

atuando na equipe de saúde como profissional que articula o recorte do social, tanto no sentido das formas de promoção da saúde, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo, neste sentido, em todos os níveis nos programas de saúde (CFESS, 1990 apud NOGUEIRA, 2006, p. 15)

É preciso estar comprometido com as necessidades da população usuária que demandam a necessidade do uso das fórmulas especiais como medicamento capaz de recuperar o estado de saúde buscando a garantia do fornecimento. Tal atuação implica na ampliação e consolidação da cidadania a partir da garantia do acesso aos recursos institucionais. A atuação, visando a consolidação do direito social à saúde, deve ser de forma interventiva na realidade das crianças excluídas do sistema, exclusão essa que se dá principalmente pela ausência de informação sobre os direitos inerentes a saúde como direito de cidadania sendo permitido com a melhoria nas condições de vida.

Como forma de garantir as fórmulas especiais, a articulação junto à rede de apoio é indispensável para a recuperação da saúde da criança, pois o trabalho em rede possibilita a redução dos riscos de doenças como a desnutrição infantil.

É necessário recuperar os serviços públicos de saúde como espaços privilegiado para a construção do direito a saúde. Neste sentido, a questão do acesso e da qualidade do serviço prestado tem lugar central na configuração do direito a saúde como um direito de cidadania. (CAVALCANTI E ZUCCO, 2008, p.76).

A descentralização dos serviços de saúde permite a ampliação das responsabilidades das esferas de governo assim como autonomia na atuação. A articulação entre a rede de apoio é realizada a partir da referência e contra-referência das crianças à unidade municipal de saúde. O profissional promove a efetivação da política permitindo a continuidade do tratamento bem como a inserção da criança e conseqüentemente da família no sistema de saúde, garantindo a integralidade das ações. Sendo assim, cabe analisarmos na seção seguinte a atuação do assistente Social na atenção básica como profissional que atua na garantia de direitos.

SEÇÃO III

O SERVIÇO SOCIAL E SUA RELAÇÃO COM A GARANTIA DO ACESSO A ALIMENTAÇÃO ESPECIAL

4.1 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa realizada junto as crianças com desnutrição infantil cujo resultados serão relatados nesta seção tem por objetivo compreender o universo em que estão inseridos os Assistentes Sociais como profissionais garantidores de direitos, no que corresponde ao fornecimento gratuito de fórmulas nutricionais especiais, indispensáveis para a saúde das crianças que possuem distúrbios nutricionais. Como traz a legislação brasileira, a alimentação, por ser fator determinante para a saúde por isso deve ter seu acesso garantido.

Realizada no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), a pesquisa surge da necessidade de traçar o perfil das crianças internadas e assim analisar a atuação do Serviço Social nos municípios procedentes como profissional responsável pela viabilização do acesso aos recursos e serviços públicos de saúde. Como forma de compreender questões percebidas na realidade, a pesquisa leva ao conhecimento do inexplorado, contribuindo para a compreensão das novas demandas da sociedade contemporânea.

Em se tratando a metodologia utilizada, trazemos a coleta de dados realizada a partir da revisão bibliográfica sobre o tema escolhido, à análise detalhada dos prontuários disponibilizados pelo SAME¹⁸ coletando dados sobre o sexo, faixa etária, procedência, causas da internação, período de internação, número de internações, diagnóstico e fórmulas prescritas após a alta hospitalar e a utilização do questionário como instrumento. Ao ser enviado para os assistentes sociais dos municípios procedentes, o questionário foi acompanhado de uma carta-convite¹⁹.

O questionário foi utilizado como forma de coleta de dados por ser um instrumento de pesquisa que busca informações acerca de indagações. “O questionário é um instrumento de

¹⁸ Setor de Arquivo Médico e Estatística.

¹⁹ Conforme Apêndice A

pesquisa, constituído pôr uma série ordenada de perguntas referentes ao tema da pesquisa” (MARSIGLIA, 2007, p.391). É uma forma de resposta direta sendo enviada aos colaboradores. Na pesquisa realizada foram realizados contatos via telefone, fax e email, em seguida enviamos as questões com prazo determinado. Por se tratar de municípios de todo o estado de Santa Catarina esta foi à forma encontrada para obter dados de todos os profissionais que acompanham as crianças após sua alta hospitalar. As questões foram elaboradas de forma aberta baseada nas dúvidas e indagações que vieram a surgir ao longo da construção deste trabalho.

Sendo assim, utilizamos do método quantitativo apresentando dados em forma de gráficos e tabelas e complementamos com o método qualitativo através da análise e transcrição das falas dos profissionais que participaram da pesquisa no que diz respeito a sua compreensão e interpretação, pois como traz (MINAYO E MINAYO, 2001 apud MARSIGLIA 2007, p.388)“(…) os estudos na área da saúde devem usar as metodologias qualitativas para captar o “significado e a intencionalidade” inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”. Procurou-se analisar minuciosamente os dados para assim ser possível à busca por aspectos que tornasse a presente pesquisa relevante como exposto a seguir.

4.2 PERFIL DOS USUÁRIOS

Durante a realização do estágio curricular obrigatório, foram acompanhadas 26 crianças, traçamos perfil tendo por base o sexo, a faixa etária, a procedência, as fórmulas nutricionais especiais prescritas, o tempo de internação na instituição, as causas de internação, o diagnóstico realizado após a hospitalização e o número de internações realizadas no período de março a julho de 2008. Foi também coletado dados a partir da aplicação de um questionário aos profissionais Assistentes Sociais dos municípios procedentes para assim diagnosticar a atuação frente às demandas advindas da garantia do fornecimento das fórmulas nutricionais especiais caracterizados na tabela 1 a seguir.

Tabela 1: Levantamento dos contatos realizados

Municípios	Profissional Responsável	Secretaria Vinculada	Questionário enviado	Retorno
Palhoça	Assistente Social	Secretaria Municipal de	Sim	Sim

Saúde				
Biguaçu	Assistente Social	Secretaria Municipal de Assistência Social	Sim	Sim
Alfredo Wagner	Assistente Social	Secretaria Municipal de Saúde/Assistência Social	Sim	Sim
Paulo Lopes	Assistente Social	Secretaria de Habitação e Família	Sim	Sim
Sto A.da Imperatriz	Assistente Social	Secretaria Municipal de Saúde	Sim	Sim
Bom Retiro	Assistente Social	Secretaria Municipal de Assistência Social	Sim	Sim
Lauro Muller	Assistente Social	Secretaria Municipal de Saúde	Sim	Não
Vargem	Assistente Social	Secretaria Municipal de Assistência Social	Sim	Não
Ibirama	Assistente Social	Secretaria Municipal de Assistência Social	Sim	Não
Chapecó	Farmacêutico	Secretaria Municipal de Saúde	Não	Não
Canoinhas	Farmacêutico	Secretaria Municipal de Saúde	Não	Não
São José	nutricionista	Secretaria Municipal de Saúde	Não	Não
Herval d'Oeste	Secretária	Secretaria Municipal de Assistência Social	Não	Não
Lages	Farmacêutico	Secretaria Municipal de Saúde	Não	Não
Ipumirim	Assistente Social	Secretaria de Agricultura..	Não	Não

Fonte: elaboração própria.

Entre os 15 municípios procedentes, apenas 9 contavam com um profissional Assistente Social na atuação direta junto ao fornecimento gratuito das fórmulas especiais, sendo que em 6 municípios o fornecimento era realizado através de farmacêuticos, nutricionistas ou nutrólogos. O questionário fora enviado aos 9 Assistentes Sociais contatados. Deste total, apenas 6 profissionais retornaram com as respostas, mesmo após contatos realizados durante o prazo estipulado.

Dos municípios que contam com o Serviço Social no processo da garantia do fornecimento dos leites especiais apenas 3 eram vinculados a Secretaria Municipal de Saúde, 5 profissionais eram vinculados a Secretaria Municipal de Assistência Social e 1 vinculado a Secretaria de Habitação e Família. Tais dados mostram que ainda ocorre a desresponsabilização de algumas Secretarias Municipais de saúde com a garantia do fornecimento gratuito das fórmulas como medicamento indispensável para a recuperação e manutenção da saúde da criança.

Considerando a importância da análise quantitativa dos dados, iniciamos descrevendo os dados coletados, interpretando-os, pois dessa forma é possível refletir sobre a descrição realizada. Em se tratando do sexo das crianças acompanhadas podemos perceber que houve uma prevaência do sexo masculino com 54% ficando o sexo feminino com 46% das crianças internadas. Na tabela 2 os dados foram colocados a fim de visualizar as relações que apresentam entre si.

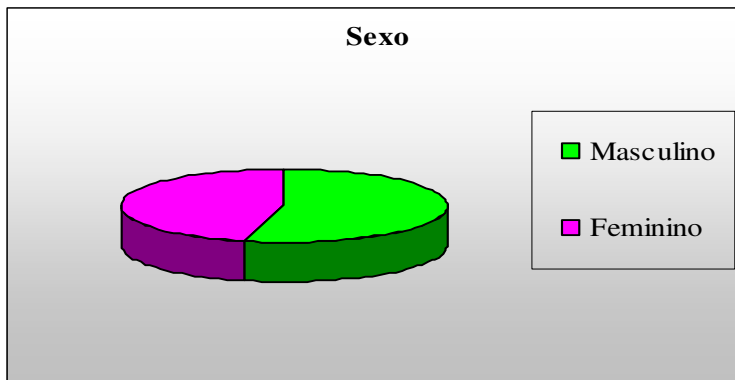
Tabela 2: Sexo

Sexo	Total Absoluto	Total Relativo
Masculino	14	54 %
Feminino	12	46 %
TOTAL	26	100 %

Fonte: elaboração própria

Para facilitar a visualização dos dados apresentados, trazemos o resultado da pesquisa através de gráfico mostrando a proporção de cada elemento no conjunto conforme gráfico 1.

Gráfico 1: Sexo



Fonte: elaboração própria.

Quanto à faixa etária, percebemos a prevalência das crianças com idades entre 0 – 12 anos e 1 – 2 anos, ambos com 42% do percentual total, seguindo com 8% dos casos com idade de 6 - 10 anos e 4% para as crianças com idade de 2 – 4 anos e 4 – 6 anos. A tabela 3 apresenta a caracterização geral da amostra.

Tabela 3: Faixa etária

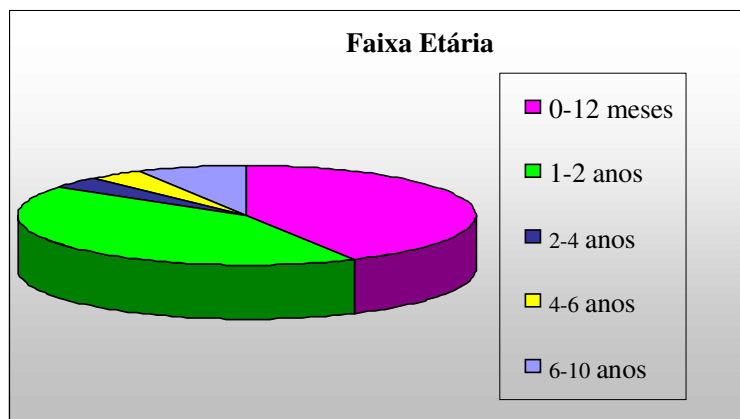
Idade	Total Absoluto	Total Relativo
0 – 12 meses	11	42 %
1 – 2 anos	11	42 %

6 – 10 anos	2	8 %
2 – 4 anos	1	4 %
4 – 6 anos	1	4 %
TOTAL	26	100 %

Fonte: elaboração própria

A criança tem seu crescimento comprometido nos primeiros anos de vida geralmente pela inadequada ingestão de nutrientes ou a ocorrência de infecções repetitivas. Ambas podem ser causadas por uma reação adversa do organismo doente aos alimentos. Analisando os dados apresentados no gráfico 2 , podemos perceber que o diagnóstico é realizado predominantemente na fase inicial do desenvolvimento e crescimento da criança, tal conduta torna-se relevante, pois a “Falha de crescimento ocorre rapidamente até os 2 anos de idade, resultando em baixo peso e baixa estatura”. (MONTE, 2000, p. S287).

Gráfico 2: Faixa etária



Fonte: elaboração própria.

O tratamento certo depende de um diagnóstico adequado sendo que os efeitos da desnutrição são perversos, pois podem conseguir alcançar o peso ideal, mas muitas vezes não recuperam o crescimento perdido estando susceptíveis a várias outras deficiências e doenças na fase adulta.

Seguimos com a análise das causas de internação destacando a predominância de vômitos como a principal causa de internação sendo 35%, seguido de vômitos com a presença de febre 26%, vômitos e diarreia com 12%, infecções com 9% das causas de internação, somente febre e vômitos, febre, diarreia com 6% ficam empatados e apenas diarreia e, sangue nas fezes empatados com 3%. Tais dados podem ser visualizados na tabela 4.

Tabela 4: Causas da Internação

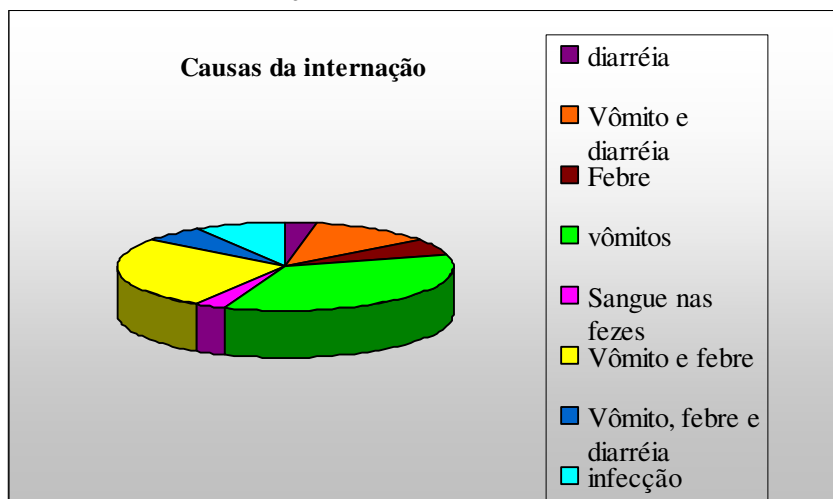
Causas da internação	Total Absoluto	Total Relativo
Vômitos	12	35%
Vômito e febre	9	26%
Vômitos e diarreia	4	12%
Infecção	3	9%
Febre	2	6%
Vômito, febre e diarreia	2	6%
Diarreia	1	3%
Sangue nas fezes	1	3%
TOTAL	34	100 %

Fonte: elaboração própria

As causas da internação, conforme gráfico 3, ocasionam a desnutrição grave e dificultam a recuperação do estado nutricional da criança tendo como fator determinante à alimentação inadequada.

Para que seja recuperada a saúde da criança é preciso ocorrer um tratamento a base de suplementos alimentares que possam estar complementando ou substituindo o nutriente que provoca tal reação adversa.

Gráfico 3: Causas da internação



Fonte: elaboração própria.

A permanência na instituição hospitalar varia de acordo com o diagnóstico realizado. O tempo em média para o tratamento e recuperação da criança desnutrida predomina de 0 – 10 dias percebidos na tabela 5, sendo 34% das crianças internadas, seguido de 26% das crianças que permaneceram na instituição num período de 10 a 20 dias. Empatados com 17 % está as crianças internadas de 20 a 30 dias e acima de 40 dias e por fim com 6% apenas, estão as crianças que permaneceram internadas de 30 a 40 dias na instituição.

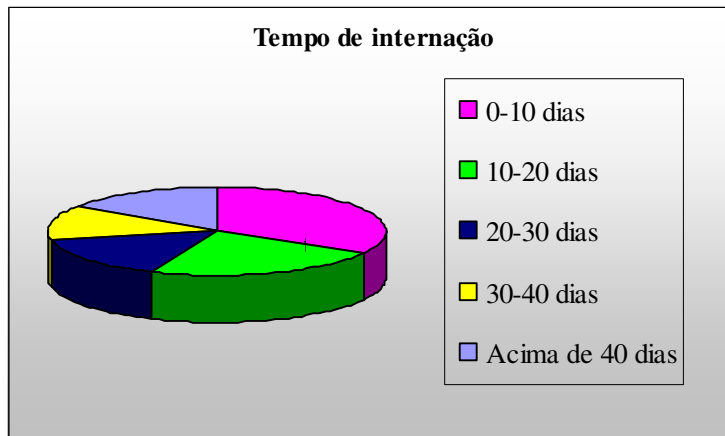
Tabela 5: Tempo de internação

Tempo de internação	Total Absoluto	Total Relativo
0 a 10 dias	12	34%
10 a 20 dias	9	26%
20 a 30 dias	6	17%
Acima de 40 dias	6	17%
30 a 40 dias	2	6%
TOTAL	35	100 %

Fonte: elaboração própria

Esse período decorre da necessidade de diagnosticar a doença que levou as causas da internação e assim iniciar o tratamento adequado até a criança sair da “zona de risco”. Tal diagnóstico necessita de acompanhamento multidisciplinar e realização de exames complementares. Trazemos os dados no gráfico 4 possibilitando a melhor visualização e compreensão do resultado da pesquisa.

Gráfico 4: Tempo de internação



Fonte: elaboração própria.

O diagnóstico varia de acordo com os sintomas apresentados. 49% das crianças com desnutrição infantil internadas na instituição tinham má absorção de nutrientes, seguida de 19% que apresentam alergia ao leite de vaca, 12% com intolerância a lactose, 8% com doença

celíaca 8% com hipotireoidismo congênito e 4% com diagnóstico de fibrose cística, podendo ser melhor percebido na [tabela 6](#).

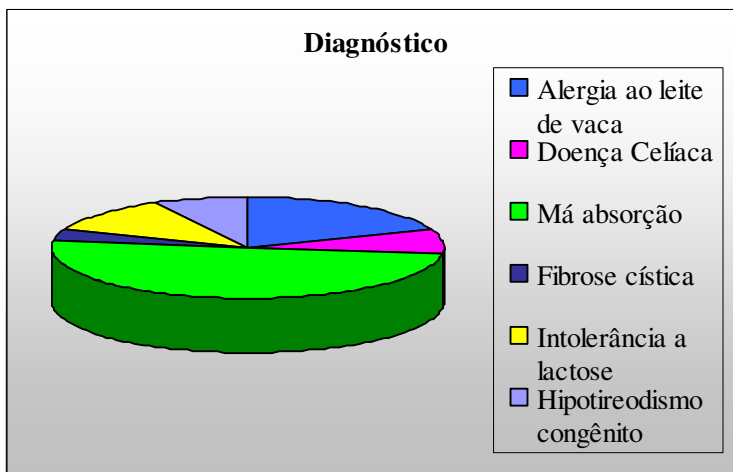
Tabela 6: Diagnóstico

Diagnóstico	Total Absoluto	Total Relativo
Má absorção	13	49 %
Alergia ao leite de vaca	5	19 %
Intolerância a lactose	3	12 %
Hipotireodismo congênito	2	8 %
Doença celíaca	2	8 %
Fibrose cística	1	4 %
TOTAL	26	100 %

Fonte: elaboração própria

Algumas das doenças citadas já eram diagnosticadas antes da internação, ao nascer através do teste do pezinho, porém quando não ocorre o tratamento adequado com uso de formulas nutricionais especiais a hospitalização torna-se rotina de muitas crianças como podemos perceber no [gráfico 5](#).

Gráfico 5: Diagnóstico



Fonte: elaboração própria.

Conforme a [tabela 7](#), apesar de ocorrer uma predominância de 67% das crianças internaram apenas uma vez é significativo o total de 18% de crianças que internaram pelo menos duas vezes num período de 4 meses, e empatados com 5% estão as crianças que internaram 3, 4 e 5 vezes neste período.

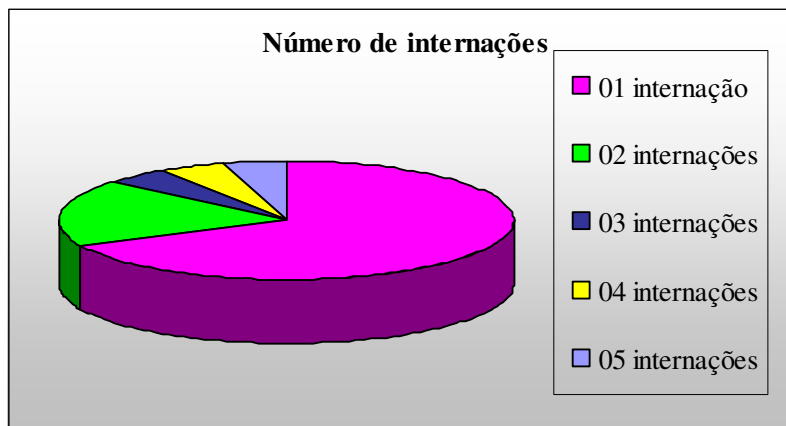
Tabela 7: Número de Internações

Número de Internações	Total Absoluto	Total Relativo
01 Internação	15	67 %
02 Internações	04	18 %
03 Internações	01	5 %
04 Internações	01	5 %
05 Internações	01	5 %
TOTAL	22	100 %

Fonte: elaboração própria.

Dados esses alarmantes mostram o descaso do poder público com a saúde da população, as internações, como podemos ver no gráfico 6, decorrem da ausência do tratamento que deve ser realizado após a alta a partir do uso de fórmulas alimentares especiais.

Gráfico 6: Número de internações



Fonte: elaboração própria.

Na tabela 8 podemos perceber que todas as crianças saíram da instituição com fórmulas prescritas, porém aquelas que não conseguiram realizar a transição para fórmulas simples e de fácil acesso no mercado, ganharam alta utilizando fórmulas especiais. Dentre elas 44% receberam o Pregomin como fórmula necessária para sua saúde, empatados com 18% estão as fórmulas simples e o Nan sem lactose seguidos do Neocate, Nidex, Sustain e Peptamen com 5% cada um das crianças que receberam alta.

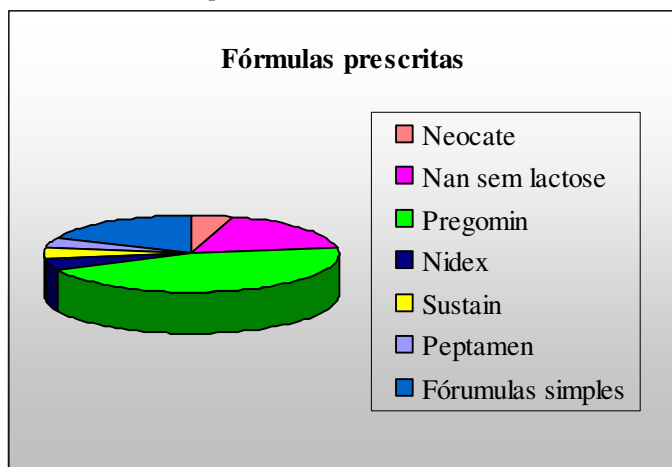
Tabela 8: Fórmulas Prescritas

Fórmulas Prescritas	Total Absoluto	Total Relativo
Pregomin	10	44 %
Fórmula simples	4	18 %
Nan sem lactose	4	18 %
Neocate	1	5 %
Nidex	1	5 %
Sustain	1	5 %
Peptamen	1	5 %
TOTAL	22	100 %

Fonte: elaboração própria

Tais dados mostram a frequência da utilização das fórmulas especiais e sua importância na recuperação do estado nutricional da criança com desnutrição infantil trazidos também no [gráfico 7](#).

Gráfico 7: Fórmulas prescritas



Fonte: elaboração própria.

Por se tratar de um hospital referência para todo o Estado de Santa Catarina, o hospital infantil atende criança de vários municípios sendo predominante com 45% dos atendimentos realizados para os municípios da grande Florianópolis englobando Palhoça, São José e Florianópolis. Tal diversidade podemos conferir na [tabela 9](#) a seguir.

Tabela 9: Procedência - Município

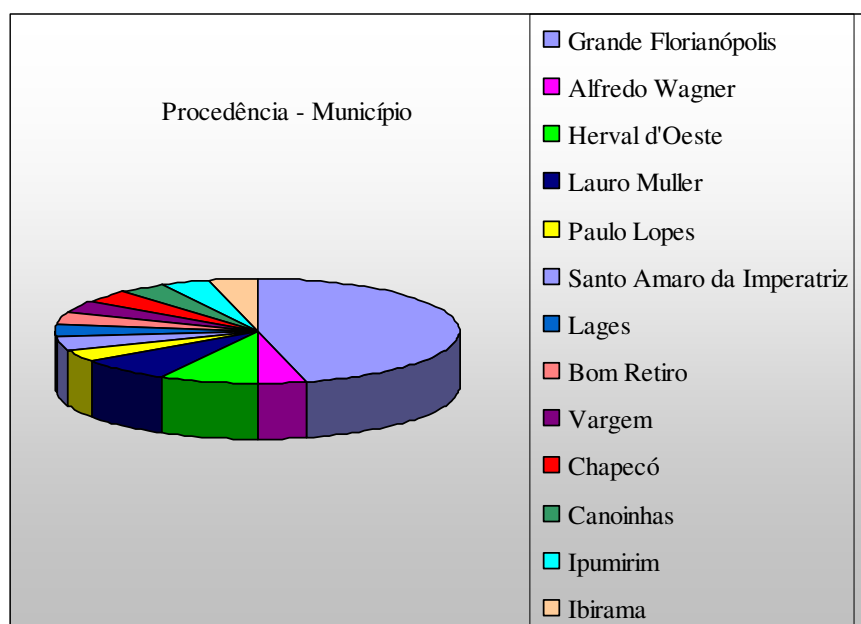
Procedência - Município	Total Absoluto	Total Relativo
Grande Florianópolis	12	45 %
Alfredo Wagner	1	4 %
Herval d'Oeste	2	7,5 %

Lauro Muller	2	7,5 %
Paulo Lopes	1	4 %
Santo Amaro da Imperatriz	1	4 %
Lages	1	4 %
Bom Retiro	1	4 %
Vargem	1	4 %
Chapecó	1	4 %
Canoinhas	1	4 %
Ipumirim	1	4 %
Ibirama	1	4 %
TOTAL	26	100 %

Fonte: elaboração própria

Empatados temos os municípios de Herval d'oeste e Lauro Muller com 7,5% das crianças atendidas seguidos dos municípios de Alfredo Wagner, Paulo Lopes, Santo Amaro da Imperatriz, Lages, Bom Retiro, Vargem, Chapecó, Canoinhas, Ipumirim e Ibirama com 4% ambos, como podemos visualizar no gráfico 8 a seguir.

Gráfico 8: Procedência



Fonte: elaboração própria.

A análise do perfil das crianças atendidas na instituição com desnutrição infantil permite afirmarmos que a desnutrição é um problema de saúde pública apesar de ser um direito indispensável do ser humano garantido na legislação brasileira. É desafiador seu enfrentamento, por todos os profissionais inseridos neste contexto, desafio este que decorre da necessidade de viabilizar a boa nutrição das crianças através da garantia do fornecimento gratuito das fórmulas especiais.

A desnutrição é combatida com a ingestão de nutrientes adequados, sendo indispensável o uso das formulas especiais que por terem um valor muito alto no mercado, conforme pesquisa realizada com dados visualizados na tabela 10 impossibilita o acesso ao tratamento. Diante desta dificuldade o ciclo doença-internação-alta-reinternação não é quebrado, pois com a ausência do tratamento após a alta hospitalar, as crianças apresentam novamente alguns sintomas da alimentação inadequada que é principalmente o vomito e a diarreia, voltam a desnutrir e a internar.

Tabela 10: valor das Fórmulas nutricionais especiais²⁰

Leites	Preços:	
	máximo	mínimo
Alfaré	R\$ 212,00	R\$ 144,90
Aptamil soja 1	R\$ 38,30	R\$ 26,45
Aptamil soja 2	R\$ 37,80	R\$ 25,79
Nan sem lactose	R\$ 89,24	R\$ 74,19
Nan soy	R\$ 44,00	R\$ 36,99
Neocate	R\$ 490,00	R\$ 470,00
Nutren junior	R\$ 41,50	R\$ 31,55
Peptamen	R\$ 121,00	R\$ 112,00
Peptamen Junior	R\$ 125,02	R\$ 103,92
Pregomin	R\$ 207,39	R\$ 141,35
Sustain	R\$ 20,59	R\$ 12,70
Nan 1	R\$ 19,53	R\$ 16,97
Nan II	R\$ 17,82	R\$ 15,80
Nidex	R\$ 34,32	R\$ 23,77

Fonte: elaboração própria

Sendo assim, cabe colocarmos a importância de analisar a atuação do Assistente Social na garantia do acesso a alimentação especial. Tal atuação deve ser realizada através das secretarias municipais de saúde, pois são medicamentos indispensáveis para a saúde da criança. Abordaremos a seguir a análise realizada do questionário aplicado aos profissionais de Serviço Social inseridos neste contexto.

4.3 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica, como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como responsabilidade atender as necessidades dos usuários, no que corresponde a alimentação, a habitação e a educação. Ampliando e garantindo direitos, os assistentes sociais,

²⁰ Preços referentes à pesquisa realizada no mês de outubro de 2008.

atuam no âmbito da atenção básica, buscando superar a desigualdade existente nos meios de acesso aos bens e serviços disponíveis. Para ilustrar a discussão acerca da atuação do Assistente Social na atenção básica, trazemos a Portaria nº 648 de 28/03/2006, do Ministério da saúde que trata da Política Nacional de Atenção Básica. Tal Portaria dispõe sobre a operacionalização das ações no âmbito da atenção básica, tendo como áreas estratégicas para a atuação a eliminação da desnutrição infantil e a saúde da criança. Neste contexto, é relevante a atuação do assistente social no atendimento das demandas advindas crianças desnutridas.

Como forma de combater a desnutrição infantil em crianças com distúrbios nutricionais, a garantia da alimentação adequada deve ser prioridade do Estado, através do fornecimento gratuito das fórmulas nutricionais. Os Assistentes Sociais, diante desta realidade é o profissional viabilizador do acesso às condições adequadas de saúde.

Para que possamos analisar a inserção dos profissionais Assistentes Sociais nestes espaços devemos refletir sobre suas falas frente ao questionário aplicado. Iniciamos tal análise a partir do item a seguir.

4.3.1 Sobre o Processo de Trabalho do Assistente Social nas Secretarias Municipais

Referente à primeira questão realizada que aborda o processo de trabalho do Assistente Social na esfera municipal diante da garantia do acesso ao direito a saúde, a partir do fornecimento gratuito das fórmulas nutricionais especiais às crianças com distúrbios alimentares, podemos perceber que a maioria dos profissionais estão vinculados a Secretaria Municipal de Assistência Social. Tal afirmação pode ser percebida na fala da Assistente Social Ana Luiza²¹,

As crianças são atendidas através do Plantão Social, da Secretaria municipal de Assistência Social (ASSISTENTE SOCIAL ANA LUIZA).

A mesma reforça que “(...) realiza-se estudo sócio-econômico” para constatar a situação de vulnerabilidade da criança e assim realizar o fornecimento. Outros municípios,

²¹ Nomes fictícios.

mesmo que os usuários procurem a Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde são orientados e encaminhados para a Secretaria Municipal de Assistência Social,

A Secretaria Municipal de Saúde não possui programa específico de atendimento a crianças com desnutrição infantil e que necessitam de fórmulas nutricionais especiais (ASSISTENTE SOCIAL ANA LUZIA).

Já a assistente social Beatriz diz que,

Estamos conversando com esta secretaria para que assuma (financeiramente) estes casos que entendemos ser medicamentos e não alimentos em si. (ASSISTENTE SOCIAL BEATRIZ)

A Assistente Social Carolina, atendendo os usuários através da Secretaria Municipal Saúde, informa que a secretaria não dispõe de recursos orçamentários para realizar a compra e o fornecimento dos leites especiais, orientando quanto a necessidade de entrarem com ação judicial. Já a Assistente Social Flávia, tratando do processo de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, aborda a ausência de autonomia profissional relatando que seus atendimentos “passa para o Secretário que dialoga com o prefeito para a liberação”. A atuação neste caso vai contra o código de ética profissional que traz como direitos do profissional Assistente Social, “ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções”. (CÓDIGO DE ÉTICA, 1993, ARTº 2, LETRA H). Autonomia necessária para uma atuação comprometida com o projeto ético-político da profissão, o profissional deve ser valorizado nos espaços sócio ocupacionais em que estão inseridos e também perante a sociedade para que assim possa ser consolidado o projeto profissional.

Em se tratando da autonomia profissional, Faleiros (1996), aborda a prática do Serviço Social voltada para a aplicação das leis trazendo que o cenário de atuação profissional está ampliado na medida que surge a política de universalização do acesso aos direitos, “a prática profissional não goza de muita autonomia, mas tem a força do direito na defesa do usuário, podendo, no entanto, se ossificar na burocracia, na administração de medidas gerais” (FALEIROS, 1996, p.21). A discussão faz com que se reflita a necessidade de desconstrução da visão de subalternidade que a profissão carrega frente a outros profissionais. Precisa-se assim, ser reconhecidos e valorizados na medida que estão comprometidos com o código de ética da profissão.

Analisando a necessidade de comprovação abordada por alguns profissionais, o estudo socioeconômico está na rotina de trabalho da maioria deles, assim como a realização do parecer social como forma de viabilizar o fornecimento, quando isso não acontece os usuários são orientados que “a única forma de acesso é a via judicial” como traz a Assistente Social Carolina. Tal fala nos mostra que o Assistente Social não está garantindo o direito, Yazbek (2006) aborda em sua análise a necessidade dos profissionais “verificarem” se o usuário realmente precisa do benefício, confirmando a posição de subalternos, pois de forma humilhante precisam comprovar suas necessidades, assim a assistência passa a ser representada como ajuda e não direito como política pública. “A ‘seleção’ que inclui, ao configurar que aquele ‘assistido’ não tem possibilidade de, por si mesmo, responder as suas necessidades, reitera a sua exclusão, enquanto um lugar social” (YAZBEK, 2006, p.142). Tal atitude a ser tomada pelos usuários tem caráter humilhante e a assistência revela-se pela ajuda.

O desconhecimento dos profissionais de que o fornecimento pela Secretaria Municipal de Saúde e não através da secretaria Municipal de Assistência Social não é um simples problema “financeiro” e sim uma questão de direito faz com que estes sejam violados, pois os profissionais não procuram garanti-los como deveriam.

O Estado de Santa Catarina atualmente conta com o prejulgado nº 1713 que trata das responsabilidades dos municípios. Estes devem garantir o acesso gratuito aos medicamentos através das Secretarias Municipais de Saúde no que inclui os leites especiais, pois a aquisição e distribuição de medicamentos é de exclusiva responsabilidade dessas ainda que os beneficiários tenham sido encaminhados pela Secretaria de Assistência Social do Município. Novamente percebemos que a legislação é clara, basta utilizar como “ferramenta” de trabalho.

O fornecimento é um direito social de saúde que deve ser garantido. A desresponsabilização da Secretaria Municipal de Saúde será mais bem discutida no item 4.3.6. Seguimos com a análise acerca das possibilidades de efetivar a atuação frente às demandas advindas das crianças desnutridas que necessitam de alimentos especiais.

4.3.2 As Possibilidades Inerentes a Atuação Efetiva

Ao tratarmos das possibilidades de atender de forma efetiva as demandas advindas das crianças com desnutrição infantil que necessitam das fórmulas nutricionais especiais, devemos ressaltar a necessidade do comprometimento profissional visando a defesa dos direitos sociais, pois somente dessa forma é possível diferenciar a prática profissional das realizadas por voluntários. Um profissional competente possui uma visão clara e ampla da realidade em que está inserido, consegue entender o significado das demandas, qualifica sua atuação concretizando o projeto profissional, efetivando a política a qual está vinculado.

Durante a análise, percebemos algumas contradições nas falas dos profissionais ao responderem a questão relativa ao atendimento das demandas advindas das crianças com desnutrição infantil de forma efetiva como podemos perceber na fala da assistente social Ana Luiza,

Na maioria dos casos sim. No entanto, não em sua totalidade.
(ASSISTENTE SOCIAL ANA LUIZA)

Já a assistente social Beatriz diz que o fornecimento é realizado em caráter emergencial apenas uma única vez. A assistente social Carolina expressou na sua fala que,

A informação é repassada e a família do paciente decide que atitude tomar frente à negativa do município. (ASSISTENTE SOCIAL CAROLINA)

Reforçando o total descaso com a saúde da criança. A assistente social Daniela mostra a falta de conhecimento profissional dizendo que o município,

Não apresenta casos de desnutrição infantil, apenas situações de intolerância a lactose. (ASSISTENTE SOCIAL DANIELA)

Sem entender que a desnutrição infantil tem como fator determinante às doenças de base como a intolerância à lactose e que sua prevenção é garantida a partir da dieta adequada já que a ausência faz com que o organismo reaja provocando os vômitos e diarreias frequentes podendo chegar ao estado letal da desnutrição.

Novamente temos uma contradição na fala da assistente social Eliana quando traz que quase sempre atendem a demanda apresentada,

Somente não é atendido quando a empresa fornecedora não tem o leite em seu estoque ou quando falta dotação por falta de recursos. (ASSISTENTE SOCIAL ELIANA).

Por este motivo é feito um encaminhamento para o usuário entrar com ação judicial. Apenas uma assistente Social respondeu que, apesar da falta de autonomia, o leite especial é fornecido.

Desta forma, faz necessário refletirmos sobre a necessidade dos profissionais terem clareza na atuação, pois a ausência faz com que não sejam críticos em seu cotidiano de trabalho, deixando-se dominar por práticas burocráticas, indo em direção oposta ao projeto ético-político da profissão. Estando comprometido, o profissional responde de forma ética e competente as novas demandas decorrente das transformações societárias tornando-se capaz de elaborar respostas qualificadas e legitimadas para as questões do âmbito da intervenção.

As ações só podem tornar-se efetivas se o profissional estiver comprometido com a realidade apresentada. Seguindo nossa análise, trazemos a seguir os encaminhamentos e orientações fornecidas aos usuários.

4.3.3 Encaminhamentos e Orientações Realizadas

Na atuação profissional direta com os usuários do sistema de saúde, o assistente social conta com ações no âmbito dos processos sócio-assistenciais, dentre elas as ações sócio-educativas baseada no diálogo e na informação dada ao usuário sobre os direitos inerentes a ele através de orientações e encaminhamentos que possam satisfazer suas necessidades.

Sobre os encaminhamentos e orientações realizadas quando os profissionais não atendem as demandas apresentadas, na maioria das falas foi expresso que é realizado o encaminhamento para as famílias entrarem com pedido via justiça, apenas uma profissional disse ser de responsabilidade das famílias a decisão, mostrando-se descomprometido com a

garantia do acesso, posicionando contrário aos princípios do código de ética profissional como traz o artº 8º, letra d sobre o dever do assistente social “empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais”. Sendo vedado “acatar determinação institucional que fira os princípios e diretrizes deste código” (CODIGO DE ÉTICA, 1993, ARTº 4º, C).

Analisando o atual contexto, percebemos que o assistente social não garante o acesso aos direitos como deveria, pois é realizado na maioria das vezes via ação judicial, ocorrendo o processo inverso do que deveria ocorrer. Para continuarmos a discussão e reflexão acerca da atuação profissional na atenção básica, trazemos no item a seguir as limitações relatadas pelos assistentes sociais no dia a dia do exercício profissional.

4.3.4 Limitações do Cotidiano de Trabalho

A atuação do Serviço Social na sociedade contemporânea é baseada de imposições e limitações. Chamados para implementar e viabilizar a política de saúde, os Assistentes Sociais tem suas ações dependentes de recursos, condições e meios adequados para exercê-las. As consequências dessas “barreiras” é a ausência de efetivação da política e conseqüentemente da garantia dos direitos sociais. Já Iamamoto (2007), frente à discussão dos desafios impostos para a profissão traz que,

Esse novo momento de expansão capitalista altera a demanda de trabalho do assistente social, modifica o mercado de trabalho, altera os processos e as condições de trabalho nos quais os assistentes sociais ingressam enquanto profissionais assalariados. As relações de trabalho tendem a ser desregulamentadas e flexibilizadas. Verifica-se uma ampla retração dos recursos institucionais para acionar a defesa dos direitos e dos meios de acessá-los. (IAMAMOTO, 2007, p.176).

Sendo assim, cabe considerarmos relevante a discussão em pauta diante das respostas dada pelos profissionais colaboradores da pesquisa quanto às limitações sofridas no cotidiano de trabalho e as atitudes tomadas para seu enfrentamento, novamente salientamos a importância do conceito de “limitações” onde a assistente social Ana Luiza traz que,

Uma das limitações é a falta de recurso. (ASSISTENTE SOCIAL ANA LUIZA)

Este que pode ser garantido com uma adequada administração pública para efetivar a garantia dos direitos sociais. A assistente social Beatriz relata que o fornecimento pela secretaria de assistência social ocorre em caráter emergencial já que a secretaria de saúde se desresponsabiliza.

Temos conversado com o gestor a respeito destes leites para que os pedidos protocolados sejam direcionados a Secretaria de Saúde, por se tratar de medicamentos. (ASSISTENTE SOCIAL BEATRIZ)

Tal situação faz com que ocorra um impasse no atendimento caracterizado por práticas imediatistas e em caráter emergencial pela Secretaria de Assistência Social. Já a Assistente Social Daniela diz que atendem as demandas sem grandes limitações por ser um município pequeno atendendo a todos os usuários de forma efetiva.

Diante das falas citadas, podemos perceber que o assistente social, apesar de ter autonomia é condicionado as exigências por um ser trabalhador assalariado, pois o Estado, seu empregador, interfere nas metas a atingir normalizando as atribuições e condições de trabalho. Tal atitude acerca das possibilidades de efetivação da política de saúde torna o cotidiano de trabalho limitado perante algumas ações a serem tomadas.

As limitações da autonomia profissional decorre muitas vezes da necessidade de ser cumprido rotinas que interfere na qualidade e competência do profissional baseada em práticas imediatistas e assistencialistas. “Neste âmbito, a competência profissional fica restrita ao atendimento das demandas institucionais, e a intervenção profissional se identifica a adoção de procedimentos formais, legais e burocráticos”. (GUERRA, 2007, p. 12).

Analisando as falas dos profissionais enquanto as limitações sofridas podemos perceber que para algumas Assistentes Sociais consideram limitações aspectos inerentes a atitudes e atos dos usuários atendidos que poderão ser compreendidos apenas conhecendo a realidade em que estão inseridos, como percebemos na fala da assistente social Eliana,

As limitações nos dias de hoje é que muitas mães, principalmente mães adolescentes não querem mais amamentar, então é feito um trabalho de orientação as mães. (ASSISTENTE SOCIAL ELIANA).

Tal conduta expressa a falta de conhecimento da realidade em que o profissional está inserido, conhecendo a realidade dos usuários, pode-se sistematizar as ações buscando recursos para a implementação da política.

Pautadas na lógica da garantia dos direitos, a ação profissional deve ser voltada para a garantia do acesso aos bens e serviços indispensáveis para a saúde. Entendendo as necessidades dos usuários, atendê-se de forma efetiva sem fazer julgamento de valor tornando o profissional capacitado para intervir.

Quando se trata de crianças com doenças da alimentação e nutrição, a desnutrição geralmente é decorrente das reações apresentadas pelo organismo diante da dieta irregular. Mesmo o leite materno, pode ser contra-indicado em alguns casos, um exemplo seria as crianças portadoras da fenilcetonúria que são impossibilitados de alimentar-se de qualquer tipo de proteína, sendo necessário o uso de um suplemento alimentar chamado PKU® por um longo período da vida.

Para concluirmos a análise sobre as falas trazidas das limitações ocorridas no cotidiano de atuação, trazemos a assistente social Flávia onde novamente existe uma negação por parte do profissional em relação às limitações sofridas, dando assim a entender que as demandas são todas atendidas de forma efetiva, fala esta contraditória na medida que ao responder a primeira questão sobre o processo de trabalho, a mesma assistente social diz não ter autonomia de garantir o direito a saúde da criança através do fornecimento gratuito das fórmulas nutricionais e em seguida relata ser realizado encaminhamentos e orientações quanto à ação judicial para a garantia do fornecimento.

Seguimos com a análise dos dados sobre a realização de visita domiciliar como forma de acompanhar o usuário atendido na secretaria e detectar situações de risco social.

4.3.5 Visitas Domiciliares

Como instrumento de trabalho do assistente social, as visitas domiciliares proporcionam o conhecimento da realidade interventiva. “É uma prática profissional, investigativa ou de atendimento, realizada por um ou mais profissionais, junto ao indivíduo

em seu próprio meio social ou familiar” (AMARO, 2003, p. 13). É a possibilidade de observar a vida do usuário na sua totalidade tendo, o profissional que a realiza, interesse para tal. “O fato de estar junto com o usuário, compartilhando de fragmentos de seu cotidiano, facilita a compreensão de suas dificuldades” (AMARO, 2003, p.17). Favorece a criação de vínculo e confiança, podendo assim, estar o profissional capacitado para analisar tal realidade, em sua totalidade, decifrando-a a fim de garantir o direito do usuário de ser assistido na política correspondente.

Seguindo o protocolo de atenção as crianças com desnutrição²², a visita domiciliar deve estar incluída nas ações de combate a desnutrição, identificando demandas inerentes às crianças com distúrbios nutricionais, identificando fatores de riscos e realizando encaminhamentos aos profissionais da equipe conforme competência.

Analisando a pergunta inerente a realização de visita domiciliar às famílias atendidas, todos os profissionais responderam que não realizam, apenas pelos Agentes Comunitários de Saúde e Equipe de PSF – Programa Saúde da Família. Tais dados podem ser refletidos como a concretização do que era suposto, a ocorrência de um repasse das responsabilidades, pois a visita domiciliar dos profissionais Assistentes Sociais são de mera relevância no atual contexto apresentado. O diagnóstico social dos usuários atendidos pelas secretarias só pode ser realizado por um profissional de Serviço Social habilitado, sendo impossível ser substituídas pelas visitas domiciliares realizadas por toda a equipe do Programa Saúde da Família (PSF).

Diante do exposto, podemos refletir sobre a ausência da efetivação da atuação dos assistentes sociais, melhor abordado na fala da assistente social Eliana,

No momento não estamos fazendo este trabalho, pois estamos somente com uma profissional de serviço social atendendo toda a população do município, sendo que (...) recebem as visitas de agentes comunitárias. (ASSISTENTE SOCIAL ELIANA)

²² Que norteia a atuação profissional no Hospital Infantil Joana de Gusmão e assim será mais bem especificado no subitem 4.3.8.

Tal situação também decorre da falta de um número suficiente de profissionais que atuam no Serviço Social, fazendo com que ocorra uma precariedade das condições de trabalho.

Para melhor compreendermos este universo complexo e contraditório em que os assistentes sociais estão inseridos atualmente, não podemos deixar de refletir sobre a responsabilização das secretarias municipais de saúde frente às demandas advindas das crianças desnutridas.

4.3.6 Sobre a Responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde

As Secretarias Municipais de Saúde, junto com as equipes de atenção básica devem desenvolver “ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis” (Ministério da Saúde, Portaria nº 648, 5, IV). Podemos refletir sobre a responsabilização dos municípios inerente aos fatores de risco no que corresponde a alimentação adequada a partir das falas trazidas pelos Assistentes Sociais inseridos nesse universo.

Tratando da responsabilização das Secretarias Municipais de Saúde, é percebido o conhecimento desta responsabilização por todos os profissionais, porém o que ocorre na maioria dos municípios é não existir o comando único, ou seja, as secretarias são vinculadas onde um profissional é responsabilizado em atuar diante das duas políticas,

As duas secretarias são vinculadas, porém a dúvida existente era no setor de contabilidade, que hoje já tem esclarecimento sobre onde está ordenado a despesa. (ASSISTENTE SOCIAL FLÁVIA)

Em outro município não é diferente,

(...) não possui o comando único da Assistência Social, porém o recurso é proveniente do Fundo Municipal de Saúde não ocorrendo transferência de responsabilidade financeira para a Assistência. (ASSISTENTE SOCIAL DANIELA)

Já a Assistente Social Eliana expressou na sua fala que,

No nosso município o leite é comprado com o recurso do fundo municipal de saúde e é distribuído pela secretaria municipal de bem estar social pelo fato da secretaria de saúde não ter um profissional de serviço social para fazer os devidos encaminhamentos e orientações. (ASSISTENTE SOCIAL ELIANA)

A Assistente Social Ana Luiza diz ser consciente da responsabilidade, porém culpa o gestor por tal situação. Novamente justifica que as secretarias são vinculadas e apenas existe uma Assistente Social para atender toda a demanda limitando muito a atuação profissional. A falta de conscientização dos gestores é relatado em duas falas, sendo reafirmado pela a Assistente Social Beatriz a ausência da “conscientização ainda por parte do gestor da saúde”, tal situação é ocasionada pela vinculação das duas secretarias, impedindo um trabalho qualificado dos profissionais que atuam nesses municípios.

Fator que também deve ser analisado com extrema relevância é a ocorrência do fornecimento das fórmulas nutricionais especiais apenas mediante mandato judicial. Tal condicionalidade torna o processo complexo e lento, indo contra o que preconiza as leis brasileiras.

4.3.7 A Garantia do Direito ao fornecimento gratuito das Fórmulas Nutricionais Especiais através da Justiça

A Justiça, em se tratando do principio de igualdade a todos os cidadãos, é a forma de preservar direitos legais na sua aplicação. Em casos específicos, visa defender o direito que todos os cidadãos tem perante a lei.

O Estado, responsável pelos direitos sociais no que inclui a alimentação adequada, deve ser responsabilizado por tal violação. A omissão do direito é um desrespeito aos princípios constitucionais, para garanti-los precisa-se muitas vezes ser através de ação judicial.

É incabível tal posicionamento dos cidadãos na medida que precisa do consentimento judicial para obter um direito que já é seu por lei, porém percebemos que esta atitude está

tornando-se rotineira para os usuários do sistema de saúde que necessitam das fórmulas nutricionais especiais.

Em se tratando da necessidade de ter o consentimento judicial para fornecer as fórmulas, podemos perceber que apesar de ir contra a legislação brasileira no que corresponde o dever do Estado de garantir a alimentação como direito social, sendo indispensável para o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, direito este violado constantemente nos municípios acompanhados como podemos analisar.

Dentre os 6 municípios em que fora recebido a devolução das questões respondidas, podemos perceber que em 4 deles já ocorreu o fornecimento apenas após a ação judicial, ocorre principalmente nos casos em que o valor das fórmulas é elevado e de difícil acesso para as famílias atendidas. Em 2 municípios a resposta foi não, porém, ambos ao responder a questão que trata das orientações e encaminhamentos realizados, os profissionais trazem na sua fala que,

Orientamos a família a procurar o Fórum para garantir o recebimento via processo Judicial. (ASSISTENTE SOCIAL DANIELA)

E a segunda,

A orientação que se daria aos que procuram o atendimento é recorrer a Justiça. (ASSISTENTE SOCIAL FLÁVIA).

Diante das falas citadas podemos perceber que nos 6 municípios procedentes ocorre o fornecimento via justiça, não sendo garantido o direito ao fornecimento gratuito, mesmo indispensável para a vida das crianças com distúrbios nutricionais.

E para concluir nossa análise dos dados coletados a partir do questionário aplicado, cabe ressaltarmos a seguir o conhecimento dos profissionais sobre o protocolo preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o combate da desnutrição infantil a partir do Manual de Atendimento da Criança com Desnutrição estabelecido pelo Ministério da saúde.

4.3.8 Atendimento a partir do Protocolo de Atenção as Crianças com Desnutrição

O Ministério da Saúde, diante da necessidade de promover a alimentação e a nutrição como forma de garantir a proteção da saúde a partir do desenvolvimento e crescimento adequado das crianças, firma o Protocolo de Atenção as Crianças com Desnutrição nos diferentes níveis de atenção a saúde. Tal protocolo preconizado pela OMS – Organização Mundial de Saúde tem como intuito de dar prioridade ao tratamento das crianças reduzindo a mortalidade infantil a partir da atuação de multiprofissionais. O protocolo em nível mundial inclui o Brasil e parte de ações para sua implementação em nível hospitalar nos casos de desnutrição grave que corresponde a implantação do Manual para Tratamento da Criança com Desnutrição Grave em Nível Hospitalar. A nível ambulatorial, da atenção básica, o protocolo visa o atendimento das crianças de risco com prioridade nas ações de vigilância em saúde acompanhando o crescimento e desenvolvimento dos menores de 5 anos.

A atuação corresponde o acompanhamento, orientações, encaminhamentos, ações de educação em saúde como forma de prevenir a desnutrição. Detectar as situações de risco priorizando o atendimento e referenciando para os hospitais. Após a alta hospitalar o acompanhamento em nível de atenção básica é de extrema importância, pois evita as reinternações, tal acompanhamento para se efetivo é indispensável a ocorrência de visitas domiciliares. Diante do contexto analisamos os dados coletados.

Partindo dos dados observou-se que todos os profissionais não possuem conhecimento sobre tal protocolo como traz a Assistente Social Daniela,

Para o Serviço Social o único documento é a receita médica do especialista e os critérios sócio-econômico. (ASSISTENTE SOCIAL DANIELA)

Tal desconhecimento mostra o descaso e a desqualificação profissional, não estando comprometidos com o projeto ético político da profissão, impossibilita que tenham um comportamento crítico perante os fatos apresentados no cotidiano de trabalho e a efetivação da política e o atendimento às demandas das crianças desnutridas não garantindo os direitos sociais.

Salienta-se assim, a importância do compromisso por parte dos profissionais com os usuários dos sistemas que de certa forma não são vistos como cidadãos de direitos e sim apenas um ser humano assistido pela política, caracterizada pelo aspecto da ajuda.

É imprescindível a atuação efetiva da equipe que acompanha as crianças na atenção básica, tanto no momento de detectar as situações de risco social como após a alta hospitalar. Tal atitude parte da necessidade de efetivação da política de saúde e garantir o direito social de toda criança.

A Desnutrição infantil é um problema a ser enfrentado, seu combate deve decorrer de ações conjuntas entre profissionais das três esferas de governo. É impossível garantir a recuperação do estado nutricional das crianças sem ações intersetoriais como garantia do acesso universal a alimentação, desta forma é possível prevenir as doenças decorrentes dos distúrbios nutricionais. Para isso, os gestores municipais de saúde devem conscientizar-se de suas responsabilidades assim como os profissionais assistentes sociais devem estar comprometidos com o projeto ético-político para assim ter suas ações subsidiadas junto as outros profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) proporcionando que os usuários possam ser atendidos com qualidade.

A atuação profissional permeia-se por limitações que tornam o cotidiano de atuação desafiador. As possibilidades partem do conhecimento dos profissionais de concretizar suas ações, articulando e sistematizando-as.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao abordarmos o tema da desnutrição infantil e a atuação do Assistente Social na garantia do acesso as fórmulas especiais nutricionais como indispensáveis para a estabilização da saúde das crianças, sendo um direito social, percebemos seu ineditismo na medida que não foram encontradas produções sobre o tema entre os trabalhos do departamento de Serviço Social da UFSC, deixando um tanto desafiador a construção do presente trabalho.

A partir da análise realizada, podemos observar através do exposto que as causas mais frequentes das internações eram os vômitos ocasionados pela dieta inadequada. Tal contexto fez com que buscássemos pelos motivos que ocasionavam as internações e reinternações frequentes. Partindo disso percebemos que a ausência de uma efetiva atuação profissional dos assistentes sociais na atenção básica tinha uma considerável porcentagem de responsabilidade sobre a realidade apresentada assim como das secretarias municipais e a desresponsabilização diante o fornecimento gratuito.

A profissão hoje enfrenta limitações no cotidiano de trabalho que não permite uma prática comprometida. O número insuficiente de profissionais reflete no atendimento efetivo das demandas, inviabilizando o exercício profissional. A falta de comprometimento com o projeto ético-político da profissão não permite que os usuários sejam atendidos na sua totalidade, ficando apenas em práticas assistenciais e emergenciais. O conhecimento da realidade em que os profissionais estão inseridos também tornou-se um fator que limita a atuação assim como a falta de conhecimento sobre a importância do fornecimento das fórmulas através das Secretarias de Saúde por serem consideradas medicamentos já trazido no prejulgado nº 1348.

Tal prejulgado é uma determinação do tribunal de Contas de Santa Catarina que determina ser de responsabilidade das secretarias de saúde a aquisição de medicamentos e distribuição, neste caso, inclui as fórmulas especiais.

Já Guerra (2007) traz a necessidade do profissional romper com a imediatividade sendo crítico e comprometido com o projeto ético político da profissão. Dentro da Política de Saúde, como profissional que atua na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), cabe aos profissionais irem em busca dos mecanismos viabilizadores da política e nada mais

conivente que o conhecimento acerca da legislação vigente no país como subsidio para a garantia do direito social a saúde.

Para viabilizar nossa análise diante do explorado, realizamos uma coleta de dados que demonstrou um número significativo de internações e reinternações. Tal fator é determinado pela aquisição dos leites, pois sua ausência provoca a dieta inadequada, o organismo reage de forma adversa, causando vômitos, diarréias, infecções.

Percebemos também que o tempo de internação é longo, chegando em alguns casos, a mais de 1 mês. Neste período toda a família é afetada de certa forma já que seu cotidiano é alterado com a internação da criança e assim a presença de sua cuidadora. O stress e a não aceitação do diagnóstico são reações que ocorrem diante da situação e ainda se não bastasse, após um período longo de internação, aquelas crianças que não conseguem realizar a transição para uma fórmula nutricional simples, precisam ganhar alta hospitalar com a prescrição de um alimento especial, neste caso, indispensável para sua recuperação nutricional.

Se o tratamento não continuar quando ocorrer à alta hospitalar, o risco de uma nova internação é grande devendo ser garantido antes mesmo de saírem mãe e filho da instituição. Para isso a atuação dos Assistentes Sociais são relevantes, para garantir a recuperação da saúde através do acesso aos serviços públicos de saúde a todos.

Ao observarmos o perfil das crianças acompanhadas no período de março a julho de 2008 percebemos também que algumas possuíam uma doença que não foi diagnosticada a tempo. Essas crianças, que possuem um diagnóstico tardio, muitas vezes, ao chegarem a instituição, já possuem um retardo significativo de seu crescimento ou apresentam lesões neurológicas que as limitam para a sobrevivência em sociedade como é o caso dos fenilcetonúricos que são impossibilitados de ingerir qualquer tipo de proteína, pois a consequência é o retardo mental.

O “olhar” de todos os profissionais que atuam na atenção básica, em especial do Assistente Social deve estar capacitado para buscar demandas implícitas atentando para a realidade dos usuários atendidos. A atenção básica, por ser a porta de entrada para o Sistema de Saúde deve ter seu trabalho voltado para o tratamento, recuperação e reabilitação da saúde acompanhando e referenciando para outras unidades sempre que necessário tal prática efetiva a política, diminui a ocorrência de casos graves da doença e garante a saúde dos cidadãos.

Como se explanou, a atuação do Assistente Social na Política de Saúde depende do comprometimento profissional com o projeto ético político da profissão. O ordenamento jurídico brasileiro deve subsidiar a atuação para que assim as demandas possam ser atendidas em sua totalidade, onde cada profissional seja responsável pela sua atuação e para que possam estar interligados em todos os níveis de atenção.

Cabe ressaltarmos também a importância de uma maior responsabilização do CRESS frente a afirmação da autonomia do profissional assim como as universidades em buscar uma maior divulgação e penalização, fortalecendo os profissionais no enfrentamento de práticas autoritárias e o desrespeito aos pareceres dos Assistentes Sociais.

Neste sentido, é importante conscientizar os usuários quanto seus direitos, a informação é à base de todo o processo, torna o profissional habilitado para estar garantido os direitos sociais e aos usuários exigir seus direitos, para isso está preconizado na Lei nº 8142 de 28/12/1990 a participação da comunidade na Política de Saúde através dos conselhos e conferências. Os usuários devem ser incentivados para estarem atuando no controle social das Políticas Públicas entendendo que são sujeitos desse processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARO, Sarita. **Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa**. Porto Alegre: AGE, 2002.

ARAÚJO, Odilia Sousa de. **O direito a seguridade social**. In: BENECKE, Dieter W.; NASCIMENTO, Renata. Política social preventiva: desafios para o Brasil. Rio de Janeiro: Konrad-adenauer-stiftung, 2003. p. 63-84.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. 3. ed. Belo Horizonte : Cress 6º Região, 2004.

_____. **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990**. 3. ed. Belo Horizonte: Cress 6º Região, 2004.

_____. **Lei 8742 de 7 de dezembro de 1993**. 3. ed. Belo Horizonte: Cress 6º Região, 2004.

_____. **Lei 8069 de 13 de julho de 1990**. 3. ed. Belo Horizonte: Cress 6º Região, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol97/res21897.htm>>. Acesso em: 30 mar. 2008.

_____. **Portaria SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999**. Disponível em: <<http://www.aboi.org.br/PortariaTratamentoForadeDomicilio.doc>>. Acesso em: 30 mar. 2008.

_____. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em: 30 out. 2008.

_____. **Guia Prático do Cuidador**. Secretaria de Atenção a saúde – Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na saúde. Série A – Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2008.

_____. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar**. Ministério da Saúde, Brasília, 2005.

_____. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à saúde - Brasília: MS, 2002.

SANTA CATARINA (estado). **Informações básicas para gestores do SUS**. Secretaria do Estado da Saúde - Diretoria de Planejamento e Coordenação - Coordenadoria de Ações Regionais. 2ª edição, Florianópolis: SES, 2002.

_____. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. In: Apostila do Curso de Capacitação para Conselhos Tutelares e de direitos de Santa Catarina. Imprensa Oficial do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1999.

_____. **Lei Estadual nº13.324 de 20 de Janeiro de 2005**. Disponível em:
< http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/portal/portal_lista.asp?campo=3302#top/>. Acesso em 30/03/2008.

_____. **Sistema Único de Saúde: evolução histórica das políticas de saúde no Brasil**. Florianópolis, SES/SC. Planejasus, 2008.

_____. **Informações Básicas para Gestores do SUS**. Diretoria de Planejamento e Coordenação. Coordenadoria de Ações Regionais - 2ª edição - Florianópolis: SES, 2002.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 213 p.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: Ana Elizabete Mota [et al]. (orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2ª Edição, São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, p.88 – 110.

_____. **O silencioso Desmonte da Seguridade Social no Brasil**. In: BRAVO, Maria Inês Souza e PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. (org). Política social e democracia. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2002, p.173-196.

_____. **Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos**. In: BRAVO, Maria Inês Souza e PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. (org). Política social e democracia. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2002, p.43-66.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele e ZUCCO, Luciana Patrícia. **Política de Saúde e Serviço Social**. In: RESENDE, Ilma e CAVALCANTI, Ludmila Fontenele (org). Serviço Social e Políticas Sociais. 2ª Edição. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008, p.67-82.

CFESS (Brasil). **Código de ética profissional dos assistentes sociais**. 3. ed. Brasília: Cress 6ª Região, 2004.

_____. **As atribuições privativas do(a) assistente social: em questão**. Brasília: CFESS, 2002.

CHEUPEL, Claudia Priscila. **O acolhimento em saúde para os profissionais de Serviço Social: uma reflexão baseada no princípio da integralidade e sua relevância junto aos processos sócio assistenciais.** 2002. Tcc (Graduação) – Curso de Serviço Social, UFSC, Florianópolis, 2002.

COHN, Amélia et al. **As heranças da saúde: da política da desigualdade à proposta de equidade.** In: A saúde como direito e como serviço: 3ª Edição - São Paulo: Cortez, 2002.
COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais.** In: Ana Elizabete Mota [et al]. (orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2ª Edição, São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, p.304-351.

FIGUEIREDO, Ivanilda. **Políticas sociais e a realização dos direitos sociais.** Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2006.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Serviço Social: Questões presentes para o futuro.** In: Serviço Social E Sociedade, São Paulo, n.50 p.9 - 39, abr. 1996. Ano XXVII.

GERBER, Luiza Maria Lorenzini. **O fazer profissional do Assistente Social: Uma experiência de atuação na política Pública de Saúde.** In: CRESS 12ª Região, 2006.

GUERRA, Yolanda. **O projeto profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional.** In: Serviço Social E Sociedade, São Paulo, n.91 p.5-33, set. 2007. Ano XXVIII.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 9. ed. São Paulo: Cortez 2005.

_____. **As Dimensões Ético-Políticas e Teórico- Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo.** In: Ana Elizabete Mota [et al]. (orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2ª Edição, São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, p.161-166.

JENSEN, Mirdney [et al]. **Regimento Interno.** Florianópolis: HIJG, 1998. 11 p.

KRAUSE, Marie V. e MAHAN, L.Kathleen. **Alimentos, nutrição e dietoterápica.** 6ª Edição - São Paulo: Roca, 1985.

KRUGER, Tânia Regina. **De que saúde se trata?** In: Os fundamentos Ideo-políticos das conferências nacionais de saúde. 2005. Tese de Doutorado – Serviço Social, PGSS/UFPE, Recife, 2005.

LIMA, Eliete Maria de. **A proteção social no âmbito da família: um estudo sobre as famílias do Bairro Monte Cristo em Florianópolis.** 2006. 154f. Dissertação de Mestrado – Serviço Social – UFSC, Florianópolis, 2006.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de. **Ações sócio educativas e Serviço Social: características e tendências na produção bibliográfica brasileira.** In: MORAES, Ana Claudia de. A atuação do Serviço Social no Hospital Universitário - 2ª edição – Florianópolis, EMYO: CRESS, 2007.

MARCONDES, Eduardo. **Pediatria Básica.** São Paulo, 5ª Edição, Sarvier, 1975-1978.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. **Orientações básicas para a Pesquisa.** In: Ana Elizabete Mota [et al]. (orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2ª Edição, São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, p.383-398.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Família e Política Social. Texto de apoio da disciplina de Serviço Social: Famílias e Segmentos Sociais Vulneráveis.** Florianópolis – UFSC, 2005.

_____. **Cuidados Sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis.** In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 4 – O trabalho do Assistente Social e as Políticas Sociais – Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000. p.217-224.

MONTE, Cristina M. G. **Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil.** In: Jornal de Pediatria, Fortaleza – Ceará, Vol. 76, Supl. 3, 2000.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **O desafio de construir e consolidar direitos no mundo globalizado.** In: Serviço Social E Sociedade, São Paulo, p.5-21, jul. 2005. Ano XXVI.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O Serviço Social na área da Saúde.** In: CRESS 12ª Região, 2006.

_____, e MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde - SUS e as exigências para o assistente social.** In: Ana Elizabete Mota [et al]. (orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2ª Edição, São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, p.273-303.

OLIVEIRA, Íris Maria de. **Direitos, cultura de Direitos e Assistência Social.** In: Serviço Social E Sociedade, São Paulo, p.5-27, mar. 2007. Ano Xxvii.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Sobre a política de Assistência Social no Brasil.** In: BRAVO, Maria Inês Souza e PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. (org). Política social e democracia. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2002, p.217-234.

_____. **Políticas de satisfação de necessidades no contexto brasileiro.** In: PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Necessidades Humanas: Subsídios à crítica dos mínimos sociais. 4ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 2007.

SANTOS, Eva Terezinha dos. **O acolhimento como um processo de intervenção do Serviço Social junto as mulheres em situação de violência.** 2005. Tcc (Graduação) - Curso de Serviço Social, Ufsc, Florianópolis, 2005.

SARMENTO, Helder Boska Moraes. **Repensando os instrumentais em Serviço Social.** In: STOCKINGER, Silvia da Costa (org) Textos de Teoria e Prática do Serviço Social. V.I, Belém, Ed. Amazônia/UFPA, 2005.

SCHONS, Selma Maria. **Assistência Social entre a ordem e a “Dês-ordem”.** São Paulo: Cortez, 1999. p.23-118.

SOUZA, Rosimary Gonçalves, MONNERAT, Giselle Lavinias, SENNA, Mônica de Castro Maia. **Tendências Atuais da Descentralização e o Desafio da Democratização na Gestão do SUS.** In: BRAVO, Maria Inês Souza e PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. (org). Política social e democracia. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2002, p.67-86.

SPOSATI, Aldaíza; FALCO, Maria do Carmo; TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **Os Direitos dos desassistidos sociais.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. **Em busca de uma teoria do Welfare State.** In: TEIXEIRA, Sônia Fleury. **Estado sem cidadãos:** seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Cap. 3, p. 101-127.

TELLES, Vera da Silva. **Direitos sociais: afinal do que se trata?** In: TELLES, Vera da Silva. **Direitos sociais: afinal do que se trata?** Belo Horizonte: UFMG, 1999. P. 169-193.

TORRES, Célia, FILHO, Rodrigo de Souza, MORGADO, Rosana. **Políticas da infância e juventude: Estatuto da Criança e do Adolescente e serviço social.** In: Políticas sociais e Políticas Públicas. São Paulo, Cortez, 2006, p.101-120.

VASCONSELOS, Ana Maria. **Sociedade, Saúde e Serviço Social.** In: VASCONSELOS, Ana Maria A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Editora Cortez, 2007, p.41-132.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes Subalternas e Assistência Social.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006. 184 p.

ZOMER, Ângela Vanice. **Contribuindo para análise crítica do trabalho interprofissional no Hospital Infantil Joana de Gusmão.** 1982. Tcc (Graduação) - Curso de Serviço Social, Ufsc, Florianópolis, 1982.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Convite para Participação na Pesquisa

CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Prezadas Assistentes Sociais

Sabemos que a inserção do Assistente Social na área da saúde “tem se tornado necessária na promoção, proteção, e recuperação da saúde em diferentes níveis do SUS derivada da noção do conceito ampliado de saúde, que compreende o processo saúde-doença como decorrente das condições de vida e de trabalho” (CAVALCANTI E ZUCCO, 2008, p.75).

Nesse viés, em torno da emergência da discussão da garantia do direito à alimentação especial para as crianças que apresentam desnutrição infantil ocasionada por distúrbios nutricionais decorrentes de doenças como a alergia ao leite de vaca e a intolerância a lactose, entre outras, estamos propondo discutir em nosso Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) junto ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com o título (provisório) “A desnutrição Infantil como consequência dos distúrbios nutricionais e a atuação do Serviço Social na garantia dos direitos”, como se dá o processo de trabalho do Assistente Social na garantia do direito à saúde como profissional facilitador do acesso ao medicamento capaz de recuperar o estado nutricional da criança, sendo as fórmulas nutricionais especiais (os leites especiais) consideradas medicamentos indispensáveis na reabilitação alimentar.

Para tanto, solicito a colaboração das colegas Assistentes Sociais para fazer parte da discussão da proposta de pesquisa para o TCC respondendo o questionário em anexo. É importante ressaltar que o questionário poderá ser enviado via correio eletrônico no seguinte endereço, até o dia, ou via fax para o nº aos cuidados da Cleuza. O material poderá vir com a omissão/alteração dos dados das partes ou qualquer outra informação que não permita a identificação, pois a análise e interpretação dos dados será feita através da técnica de análise de conteúdo. O material servirá somente para análise, não sendo juntado nenhuma cópia no TCC, e será inutilizado tão logo concluirmos o estudo. Desde já, coloco-me a disposição e comprometo-me a estar repassando os resultados da pesquisa através do TCC.

Atenciosamente,

Cleuza da Cunha Pereira.

(Acadêmica do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina).

MUNICÍPIO:
SECRETARIA QUE ESTÁ VINCULADO:
QUESTIONÁRIO:

1. Como se dá o processo de trabalho do Assistente Social na secretaria a qual está vinculada, a fim de garantir o direito a saúde da criança, através do fornecimento gratuito das fórmulas nutricionais especiais (Pregomin®, Nan sem lactose®, Aptamil Soja®, Alfaré®, entre outros) as crianças com distúrbio alimentar?
2. Sempre consegue atender de forma efetiva as demandas advindas das crianças com desnutrição infantil que necessitam das fórmulas nutricionais especiais?
3. Quais os encaminhamentos e orientações realizadas quando não conseguem atender as demandas supra citadas?
4. Quais as limitações sofridas no cotidiano de trabalho e as atitudes tomadas para seu enfrentamento?
5. É realizada visita domiciliar para acompanhamento da família pensando na importância do crescimento e desenvolvimento da criança a partir da utilização adequada das fórmulas fornecidas?
6. Em algum momento da atuação profissional houve a dúvida da obrigatoriedade do fornecimento das fórmulas nutricionais pela secretaria de saúde e não pela secretaria de assistência social, ou seja, já ocorreu à transferência de responsabilidade da secretaria de saúde para a secretaria da assistência social e vice-versa?
7. Já ocorreu o fornecimento das fórmulas nutricionais através de ação judicial?
8. O município atende seus usuários a partir do protocolo de atenção às crianças com desnutrição?

ANEXOS

ANEXO A - Lei nº 13.324, de 20 de janeiro de 2005

LEI Nº 13.324, de 20 de janeiro de 2005

Procedência – Deptª Odete de Jesus
Natureza – PL 496/03
DO. 17.562 de 20/01/05
Veto Parcial – MSV 770/05
*Alterada pela Lei [13.677/06](#)
Fonte – ALESC/Div. Documentação
(cls.)

Dispõe sobre afixação nas recepções dos hospitais privados e da rede pública do Estado, da Cartilha dos Direitos do Paciente.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA,
Faço saber a todos os habitantes deste Estado que a Assembléia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Todo paciente tem direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos profissionais de saúde.

Parágrafo único. Tem também direito a um local digno e adequado para seu atendimento.

Art. 2º O paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome, não devendo ser tratado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.

Art. 3º O paciente tem direito ao auxílio imediato e oportuno para a melhoria de seu conforto e bem estar, por parte do funcionário que está fazendo o atendimento.

Art. 4º O paciente tem direito a identificar o profissional por crachá, com o nome completo, função e cargo.

Art. 5º O paciente tem direito a consultas marcadas, antecipadamente, de forma que o tempo de espera não ultrapasse trinta minutos.

Art. 6º O paciente tem direito de exigir que todo o material utilizado seja rigorosamente esterilizado ou descartável e manipulado segundo normas de higiene e prevenção.

Art. 7º O paciente tem direito de receber explicações claras sobre o exame a que vai ser submetido e para qual finalidade irá ser coletado o material para exame de laboratório.

Art. 8º O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensíveis, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnosticadas e terapêuticas, e o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existe a necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos.

Art. 9º O paciente tem direito a ser esclarecido se o tratamento ou diagnóstico é experimental ou faz parte de pesquisa, e se os benefícios a serem obtidos são proporcionais aos riscos e se existe probabilidade de alteração das condições de dor, sofrimento e desenvolvimento da sua patologia.

Art. 10. O paciente tem direito de consentir ou recusar a ser submetido à experimentação ou pesquisas.

Parágrafo único. No caso de impossibilidade de expressar sua vontade, o consentimento deve ser dado por escrito por seus familiares ou responsáveis.

Art. 11. O paciente tem direito a consentir ou recusar procedimentos, diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados e deve consentir de forma livre, voluntária e esclarecida com adequadas informações.

Parágrafo único. Quando ocorrem alterações significativas no estado de saúde inicial ou da causa pela qual o consentimento foi dado, este deverá ser renovado.

Art. 12. O paciente tem direito de renovar o consentimento anterior, a qualquer instante, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

Art. 13. O paciente tem o direito de ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo a qualquer momento.

Parágrafo único. Este prontuário deve conter o conjunto de documentos padronizados de histórico do paciente, princípio e evolução da doença, raciocínio clínico, exames, conduta terapêutica e demais relatórios e anotações clínicas.

LEI 13.677/06 (Art. 1º) – (DO. 17.800 de 10/01/06)

“O art. 13 da Lei nº 13.324, de 20 de janeiro de 2005, fica acrescido do seguinte § 2º, transformando o parágrafo único em § 1º:

Art. 13.

1º.....

§ 2º O direito de que trata o *caput* estende-se aos familiares, quando o paciente, alternativa ou cumulativamente:

I - estiver inconsciente;

II - for incapaz de entender sua condição; ou

III - for menor de idade.” (NR)

Art. 14. O paciente tem direito a ter seu diagnóstico e tratamento por escrito, identificado com o nome do profissional de saúde e seu registro no respectivo Conselho Profissional, de forma clara e legível.

Art. 15. O paciente tem direito de receber medicamentos básicos, e também medicamentos e equipamentos de alto custo, que mantenham a vida e saúde.

Art. 16. O paciente tem o direito de receber os medicamentos acompanhados de bula impressa de forma compreensível e clara com data de fabricação e prazo de validade.

Art. 17. O paciente tem direito de receber as receitas com o nome genérico do medicamento (Lei do Genérico e não em código), datilografadas ou em letras de forma ou com caligrafia perfeitamente legível e com assinatura e carimbo contendo o número do registro do respectivo Conselho Profissional.

Art. 18. O paciente tem direito de conhecer a procedência e verificar antes de receber sangue ou hemoderivados para a transfusão, se o mesmo contém carimbo nas bolsas de sangue atestando as sorologias efetuadas e sua validade.

Art. 19. O paciente tem direito, no caso de estar inconsciente, de ter anotado em seu prontuário, medicação, sangue ou hemoderivados, com dados sobre a origem, tipo e prazo de validade.

Art. 20. O paciente tem direito de saber com segurança e antecipadamente, através de testes ou exames, que não é diabético, portador de algum tipo de anemia, ou alérgico a determinados medicamentos (anestésicos, penicilina, sulfas, soro antitetânico, etc) antes de lhe serem administrados.

Art. 21. O paciente tem direito a sua segurança e integridade física nos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados.

Art. 22. O paciente tem direito de ter acesso às contas detalhadas referentes às despesas de seu tratamento, exames, medicação, internação e outros procedimentos médicos. (Portaria do Ministério da Saúde nº 1286 de 26 de outubro de 1993 - art. 8º e nº 74 de 04 de maio de 1994).

Art. 23. O paciente tem direito de não sofrer discriminação nos serviços nos serviços de saúde por ser portador de qualquer tipo de patologia, principalmente no caso de ser portador de HIV/AIDS ou doenças infectocontagiosas.

Art. 24. O paciente tem direito de ser resguardado de seus segredos, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública.

Parágrafo único. Os segredos do paciente correspondem a tudo aquilo que, mesmo desconhecido pelo próprio cliente, possa o profissional de saúde ter acesso e compreender através das informações obtidas no histórico do paciente, exame físico, exames laboratoriais e radiológicos.

Art. 25. O paciente tem direito a manter sua privacidade para satisfazer suas necessidades fisiológicas, inclusive alimentação adequada e higiênicas, quer quando atendido no leito, ou no ambiente onde está internado ou aguardando atendimento.

Art. 26. O paciente tem direito a acompanhante, se desejar, tanto nas consultas, como nas internações.

Parágrafo único. As visitas de amigos e parentes devem ser disciplinadas em horários compatíveis, desde que não comprometam as atividades médico/sanitárias. Em caso de parto a parturiente poderá solicitar a presença do pai.

Art. 27. O paciente tem direito de exigir que a maternidade, além dos profissionais comumente necessários, mantenha a presença de um neonatologista, por ocasião do parto.

Art. 28. O paciente tem direito de exigir que a maternidade realize o "teste do pézinho" para detectar fenilcetonúria nos recém-nascidos.

Art. 29. O paciente tem direito à indenização pecuniária no caso de qualquer complicação em suas condições de saúde motivadas por imprudência, negligência ou imperícia dos profissionais de saúde.

Art. 30. O paciente tem direito à assistência adequada, mesmo em períodos festivos, feriados ou durante greves profissionais.

Art. 31. O paciente tem direito de receber ou recusar assistência moral, psicológica, social e religiosa.

Art. 32. O paciente tem direito a uma morte digna e serena podendo optar ele próprio (desde que lúcido), a família ou responsável, por local ou acompanhamento e ainda se quer ou não o uso de tratamentos dolorosos e extraordinários para prolongar a vida.

Art. 33. O paciente tem direito a dignidade e respeito, mesmo após a morte. Os familiares ou responsáveis devem ser avisados imediatamente após o óbito.

Art. 34. O paciente tem o direito de não ter nenhum órgão retirado de seu corpo sem sua prévia aprovação.

Art. 35. VETADO.

Art. 36. É obrigatória a afixação desta Lei com a Cartilha dos Direitos do Paciente, na recepção dos hospitais.

LEI 13.677/06 (Art. 2º) – (DO. 17.800 de 10/01/06)

“Fica acrescido o art. 36-A à Lei nº 13.324, de 2005, com a seguinte redação:

Art. 36-A. O não-cumprimento do disposto na presente Lei sujeitará a instituição infratora às penalidades administrativas de acordo com a legislação vigente.” (NR)

Art. 37. VETADO.

Art. 38. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Florianópolis, 20 de janeiro de 2005

LUIZ HENRIQUE DA SILVEIRA
Governador do Estado

OBS.: O texto original da Lei está em negro. A consolidação efetuada em 01/02/06, está em vermelho e não tem caráter oficial e sim meramente informativo.(cls.)

ANEXO B – Resolução nº 218 de março de 1997

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO N.º 218, DE 06 DE MARÇO DE 1997

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em Sexagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada no dia 05 e 06 de março de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **considerando que:**

- a 8ª Conferência Nacional de Saúde concebeu a saúde como “*direito de todos e dever do Estado*” e ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção e recuperação da saúde, colando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social;

- a 10ª CNS reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos;

- a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde; e

- o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção.

RESOLVE:

I – Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias:

1. Assistentes Sociais
2. Biólogos;
3. Profissionais de Educação Física;
4. Enfermeiros;
5. Farmacêuticos;
6. Fisioterapeutas;
7. Fonoaudiólogos;
8. Médicos;
9. Médicos Veterinários;
10. Nutricionistas;
11. Odontólogos;
12. Psicólogos; e
13. Terapeutas Ocupacionais.

II – Com referência aos itens 1, 2 e 9 a caracterização como profissional de saúde dever ater-se a dispositivos legais do Ministério da Educação e do Desporto, Ministério do Trabalho e aos Conselhos dessas categorias.

CARLOS CÉSAR S. DE ALBUQUERQUE

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução n.º 218, de 06 de março de 1997, nos termos de Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

CARLOS CÉSAR S. DE ALBUQUERQUE

