

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL, POLÍTICAS SOCIAIS E
PROCESSO DE SUPERVISÃO DE ESTÁGIO

Priscila Segregio de Carvalho Ramos

Direito das crianças hospitalizadas

Juiz de Fora

2019

Priscila Segregio de Carvalho Ramos

Direito das crianças hospitalizadas

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Especialização em Serviço Social, Políticas Sociais e Processo de Supervisão de Estágio da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial a obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof. Dr Ana Maria Ferreira

Juiz de Fora

2019



Priscila Segregio de Carvalho Ramos

Direito das Crianças Hospitalizadas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Serviço Social/Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do título de especialização em Política Social, Serviço Social e Processo de Supervisão de Estágio (segunda turma).

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 20/12/2019 por banca composta pelas seguintes docentes:

Avaliadora: Prof^a. Doutora  Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra Eiras

Prof^a. Doutora  Sabrina Pereira Paiva

Orientadora: Prof^a. Doutora Ana Maria Fereira 

Nota obtida: 70

Juiz de Fora
Dezembro de 2019

RESUMO

Este estudo foi realizado buscando abordar a temática dos direitos referentes às crianças hospitalizadas, foram apresentadas legislações e autores estudiosos do assunto, além de relatos de experiências do Serviço Social atuando em uma Unidade Intensiva Pediátrica em um Hospital Geral.

A política de saúde no Brasil a partir de 1988 foi apresentada, assim como a importância do Movimento da Reforma Sanitária na década de 80 para a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988. Os direitos referentes às crianças hospitalizadas foram apresentados: A Declaração dos Direitos da Criança (1959), a Constituição Brasileira de 1988, a Carta da Criança Hospitalizada (1988), O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e a Resolução 41 (1995).

A intervenção do Assistente Social em uma UTI Pediátrica foi apresentada através do relato da rotina da unidade e da intervenção profissional nesse contexto.

Palavras chave: Direitos. Crianças hospitalizadas. SUS. Assistente Social. UTI Pediátrica

ABSTRACT

This study was carried out seeking to address the theme of rights related to hospitalized children, legislation and authors studying the subject were presented, as

well as reports of experiences of the Social Service working in a Pediatric Intensive Unit in a General Hospital. The health policy in Brazil since 1988 was presented, as well as the importance of the Sanitary Reform Movement in the 1980s for the institution of the Unified Health System (SUS) in the Federal Constitution of 1988. The rights regarding hospitalized children were presented: The Declaration of the Rights of the Child (1959), the Brazilian Constitution of 1988, the Charter of the Hospitalized Child (1988), The Statute of the Child and Adolescent (1990) and Resolution 41 (1995). The intervention of the Social Worker in a Pediatric ICU was presented through the report of the unit's routine and professional intervention in this context.

Keywords: Rights. Hospitalized children. SUS. Social Worker. Pediatric ICU

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
---------------------	---

2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO DE 1988	6
3. DIREITOS DAS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS	15
4. RELATO DA ROTINA DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA UTI PEDIÁTRICA ..	24
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS:.....	34

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho objetiva apresentar um breve estudo sobre os documentos, apontamentos e legislações referentes às crianças hospitalizadas, com ênfase no Estatuto da Criança e do Adolescente e na resolução nº 41/1995, bem como apresentar algumas contribuições através de relatos da rotina de uma UTI Pediátrica de um Hospital Geral Público do Estado de Minas Gerais. e da rotina de trabalho do Assistente Social nesse contexto.

O desejo de aprofundar nessa temática surgiu a partir da observação e da vivência profissional, visto ser de vital importância o aprofundamento do conhecimento para qualificação e uma efetiva atuação junto a essas crianças, famílias e equipe multiprofissional.

No espaço sócio-ocupacional da saúde, o assistente social participa do processo de trabalho, sendo reconhecido enquanto trabalhador da área pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo conjunto CFESS/CRESS. O objetivo da profissão na saúde é a compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde/doença, visando a construção de estratégias para o enfrentamento dessas questões (BRAVO; MATOS, 2006).

As ações do assistente social na saúde são executadas, de maneira geral, por meio dos levantamentos de dados (caracterização e identificação das condições socioeconômicas), interpretação de normas e rotinas, orientações e encaminhamentos de modo individual ou coletivo, ações de caráter emergencial e desenvolvimento de atividades de cunho pedagógico e técnico-político (COSTA, 2000).

No transcorrer do estudo foi apresentado resumidamente o desenvolvimento da política de saúde no Brasil a partir de 1988. Foi apontada a importância do Movimento da Reforma Sanitária na década de 80, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 e a regulamentação do SUS através da Lei 8080 em 1990.

Também foi destacada a instituição em 2013 da Política Nacional de Atenção Hospitalar e uma breve explanação do lugar do Hospital dentro dos níveis de complexidade de atenção do sistema de saúde.

Posteriormente os direitos das crianças hospitalizadas foram apresentados, as orientações e as primeiras leis de proteção à infância em nível internacional e nacional, em destaque: A Declaração dos Direitos da Criança (1959), A Constituição Brasileira de 1988, A Carta da Criança Hospitalizada (1988), O Estatuto da Criança do Adolescente (1990) e a Resolução 41 (1995). Também foi apresentado resumidamente o trabalho do Serviço Social em uma UTI Pediátrica, assim como foi exposto algumas situações vivenciadas nesse contexto.

Na prática o Assistente Social esbarra com muitos entraves, visto a conjuntura sócia econômica, visto os direitos adquiridos que não são efetivados, visto as necessidades observadas ainda não contempladas por nenhuma legislação o que faz com que busquemos a cada dia estratégias para atuar de forma que o público alvo do nosso trabalho seja beneficiado. Visando qualificar essa prática foi que me propus a conhecer um pouco mais desses direitos que envolvem as crianças hospitalizadas.

2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO DE 1988

Apreciar a política de saúde no Brasil, o papel do Estado na saúde, o Sistema Único de Saúde e as legislações que envolvem as crianças hospitalizadas torna-se necessário para o enfrentamento das questões identificadas no desenvolver da prática profissional. Objetiva-se através desse item realizar um breve passeio por essa história e realizar alguns apontamentos sobre o universo hospitalar, para que posteriormente os direitos que envolvem as crianças, enquanto usuários desses espaços sejam um pouco mais explorados.

Uma profunda crise foi instituída no pós-regime ditatorial no Brasil, o que acarretou nos anos de 1980 mobilizações da sociedade brasileira, colocando a saúde em pauta. Com a inserção de novos sujeitos sociais os debates sobre as condições de vida da sociedade e propostas no âmbito governamental foram colocadas em destaque. Bravo (2006 apud GOMES, 2006)

A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 foi o marco para o aprofundamento das discussões da saúde no Brasil o que possibilitou uma ampliação do modo de ver e avaliar o conceito da saúde, sendo proposto um Sistema de Saúde Único, a descentralização assistencial e organizacional do modelo de atenção e a dissociação do acesso a saúde através da Previdência Social. Agostinho;Caetano (2005 apud GOMES, 2006)

A Saúde no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRAVO, 2006, p.36).

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Defini-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

O Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) foi criado em 1987. Mendes (1993, p.44) aponta:

[...]houve uma desconcentração para os estados, e destes para os municípios; a restrição dos poderes do INAMPS (instituição sustentadora do modelo médico-assistencial privatista), com sua retirada gradual da prestação direta dos serviços de saúde; o incremento dos recursos repassados aos Municípios; a diminuição relativa das transferências ao setor privado; priorização dos serviços por Estado pelas entidades filantrópicas e maiores investimentos na alta tecnologia.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído na Constituição Federal de 1988, resultante dos avanços desses debates sobre o projeto da reforma sanitária e da participação de integrantes do Movimento Sanitário ocupantes de cargos no interior da Saúde. Caetano; Agostinho (2005 apud GOMES,2006).

A Constituição de 1988, denominada de “Constituição Cidadã” colocou o Estado na centralidade no que se concerne a garantia do acesso aos serviços de saúde, reconheceu-a como um direito universal e a dissociou-a de contribuição previdenciária. Guedes (2001, apud GOMES,2006).

No Art. 196 da referida constituição é reinterado “A saúde é um direito de todos e dever do Estado [...]” , através do Art.198 as diretrizes do novo sistema de saúde é instituída “ I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade”, as ações e serviços de saúde público passam a integrar uma rede hierarquizada, regionalizada constituída por um sistema único. (BRASIL,1988)

O Sistema Único de Saúde pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais desde a constituição de 1988, seus princípios direcionam para a democratização das ações e serviços da saúde que deixam de serem restritos, assim apontam para a universalidade, a equidade e a integralidade.(GUIDINI,2012). Porém uma agenda neoliberal empreendida no governo de Fernando Collor de Mello em 1990, comprometeu a implementação desse novo sistema, ainda assim nesse mesmo ano foi aprovado a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90). (PAIM et al, 2011).

Através da lei 8080, foi estabelecido “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.”. (LEI 8080, 1990). Em seu Art.2 a saúde é colocada como um direito fundamental do ser humano e o Estado como o provedor das condições indispensáveis para seu pleno exercício.

A referida lei definiu no plano de gestão da saúde os papéis institucionais de cada esfera governamental, assim como as regras de transferências de recursos, através dos Fundos de Saúde, entre os diferentes níveis de governo e a estrutura do financiamento. Carvalho; Barbosa (2010 apud GUIDINI, 2012).

Refere Guidini (2012) que Fernando Collor de Mello após a instituição do SUS não hesitava em vetar artigos com temas que envolvessem os interesses da Reforma Sanitária e da participação da comunidade, levando ao movimento sanitário a pressionar o legislativo, dando origem também em 1990 a Lei 8142.

A Lei 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, instituindo assim Conselhos de Saúde e conferiu status público aos organismos de representação de governos estaduais e municipais. Carvalho; Barbosa (2010 apud GUIDINI,2012).

Souza (2001) destaca que ao longo dos anos 90 foram editadas as Normas Operacionais do SUS (NOB), as NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96 e que essas representaram um importante instrumento de regulamentação do processo de descentralização, visto que estabelecem mecanismos e critérios para a transferência de recursos e responsabilidades para os Estados e Municípios.

A NOB-SUS 91 objetivou uniformizar e regularizar os fluxos financeiros entre as esferas de governo e de defrontar a ineficiência das redes públicas de saúde acusadas de serem caras e ociosas. A NOB-SUS 93 apresentou a proposta de uma municipalização progressiva e gradual, buscando abranger os diversos graus de preparação institucional e técnica dos municípios para a gestão da Saúde, já a NOB-SUS 96 pretendeu consolidar o modelo da gestão descentralizada e pactuada, reforçando as instâncias colegiadas (tripartides e bipartites), e induzindo , em âmbito

nacional, mudanças na lógica do modelo assistencial e na organização da disponibilidade dos serviços. Carvalho; Barbosa, (2010 apud GUIDINI ,2012).

Como demonstrado acima o sistema único de saúde, instituído na Constituição Federal de 1988, foi se materializando nas décadas de 1990 e 2000. A partir de 1995 sob a gerencia de Fernando Henrique Cardoso foi implementado no país um governo pautado no sucateamento desse novo sistema, nas privatizações e nas terceirizações, no fortalecimento das parcerias público- privado e do mercado através dos sistemas de saúde suplementar constituídos por seguros e planos privados. (MARTINS; MOLINARO, 2013).

A expansão dos serviços de saúde, devido a redução dos investimentos foram inviabilizados acarretando longas filas de espera por consultas, exames e internações, levando ao agravamento de doenças e até mesmo a óbitos (PEREIRA, 2009).

A contrarreforma instituída no governo de Fernando Henrique Cardoso acarretou na deterioração das políticas sociais, levando os usuários da saúde a sofrerem com a exacerbação das expressões da questão social. O neoliberalismo se afirmou, o desemprego estrutural se fez presente, a saúde e a educação foram sucateadas, os direitos sociais e trabalhistas conquistados na constituinte foram precarizados e inviabilizados, enfim a política de saúde proposta através da criação do SUS, não se efetivou (BRAVO, 2006).

Em 2002, Luiz Inácio Lula da Silva foi eleito, gerando uma expectativa em parte dos brasileiros no que se refere às políticas sociais, a participação social e a efetiva materialização do proposto Sistema Único de Saúde, apesar das pressões dos mercados, do capitalismo financeiro em um contexto internacional adverso. Havia a esperança do início de um novo momento para a sociedade, visto que pela primeira vez estava sendo eleito um representante da classe trabalhadora. (ARAGÃO, 2017). “Isto é, pela primeira vez venceu o projeto que não representa, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes”. Menezes (2008 apud ARAGÃO, 2017).

O governo de Lula manteve as diretrizes do governo de Fernando Henrique Cardoso, ou seja, deu prosseguimento a contrarreforma mantendo a política

macroeconômica e a oferta de políticas sociais fragmentadas, focalizadas e subordinadas aos interesses econômicos. As primeiras ações do novo governo foi a contrarreforma da previdência , com redução dos direitos trabalhistas, privatização dos recursos públicos e ampliação dos espaços para acumulação do capital. Bravo; Menezes (2008 apud ARAGÃO,2017).

No que se refere à saúde, o que se esperava é que o governo de Lula fortalecesse o projeto da Reforma Sanitária, porém o que se verificou foi uma tensão entre o projeto privatista. Em algumas ações o projeto da Reforma Sanitária foi fortalecido, porém no que se refere a focalização e o desfinanciamento o projeto privatista foi beneficiado (BRAVO,2006).

Bravo (2006) avaliando o governo de Lula no primeiro mandato (2003-2006) aponta que ocorreram alguma inovações no que se refere à política de saúde, como: o retorno da concepção de Reforma Sanitária com a escolha de profissionais afinados com essa proposta para ocuparem cargos no Ministério da Saúde; convocação da 12º Conferência Nacional de Saúde ; participação do Ministro da Saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde; escolha de um representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Porém também foi destacado a manutenção da política desenvolvida no governo de Fernando Henrique, como a ênfase na focalização, na precarização, na tercerização de recursos humanos, desfinanciamento e falta de ação política para efetivação da Seguridade Social.

Em termo de legislações em 2006 foi instituído pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) o Pacto pela Saúde, objetivando apresentar respostas as reais necessidades da população. Constituiu-se em uma pactuação com a finalidade de qualificação da gestão pública, buscando efetividade, eficiência e qualidade. (CONASS,2006).

Foram apontadas três dimensões no referido pacto, o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto de Gestão e o Pacto pela Vida. Dentre esses destacam-se as prioridades estabelecidas nesse último: Saúde do idoso; controle do câncer do colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na

dengue, hanseníase , tuberculose, malária e influenza, promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica (CONASS, 2006).

O financiamento no contexto da descentralização e da regionalização em conformação com os pactos deu-se por tripartite (União, Estado e Municípios). A atenção básica, a atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS formaram o bloco de custeio e os montantes financeiros destinados para os Estados, Municípios e Distrito Federal foram constituídos por memórias de cálculos, para fins de histórico e monitoramento. (CONASS, 2006).

No segundo mandato de Lula (2007-2010) verificou-se a intensificação de ações direcionadas ao mercado e a focalização das políticas sociais Castro (2015 apud ARAGÃO, 2017). “As prioridades do governo federal eram voltadas para a Estratégia Saúde da Família (ESF), para o Programa Brasil Sorridente, para o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e para a Farmácia Popular”. Machado; Baptista; Nogueira (2011 apud ARAGÃO,2017) . “As prioridades do governo federal eram voltadas para a Estratégia Saúde da Família (ESF), para o Programa Brasil Sorridente, para o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e para a Farmácia Popular” Machado; Baptista; Nogueira (2011 apud ARAGÃO,2017,p.38).

Em 2011, Dilma Rousseff foi eleita presidenta. Dilma em seu governo continuou estabelecendo uma política econômica nos moldes neoliberais, aprofundando e ampliando a contrarreforma do Estado. No início de seu mandato Rousseff realizou cortes orçamentários, restringiu investimentos, realizou privatizações e leilões do petróleo do pré-sal, assumindo ser um governo ainda mais privatista Castro (2015 apud ARAGÃO,2017).

Na saúde as prioridades foram direcionadas para a saúde da mulher e da criança, por via da constituição da Rede Cegonha, que envolve a atenção ao período gestacional e aos primeiros anos da vida das crianças. A prevenção, tratamento, reabilitação e aos cuidados direcionados ao câncer de mama e colo uterino também foram priorizados. (BRAVO; MENEZES, 2013).

Em 2013, foi instituído a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS. Sendo os hospitais classificados como locais onde os usuários encontram atendimentos em clínicas médicas especializadas e tratamentos e/ou assistência de média e alta complexidade. Conforme é apontado em seu artigo 3º:

Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas e crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde a prevenção de agravos , o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (PRT MS/GM 3390/ 2013)

Esses podem ser classificados por seu porte, pelo perfil assistencial dos estabelecimentos e pelo nível de complexidade das atividades prestadas.

Quanto ao porte os hospitais podem ser de pequeno, médio e grande porte, sendo o de pequeno com capacidade de até 50 leitos, o médio de 51 a 150 e o de grande de 151 a 500 leitos. O perfil assistencial pode ser hospital de clínica básica, hospital geral, hospital especializado, hospital de urgência, hospital universitário e de ensino e pesquisa, quantos os níveis de complexidades são os básicos ou primários, secundários, terciários ou quaternários.

Quanto ao hospital:

A modernidade transferiu a morte do lar, lugar do amor, para as instituições, lugar de poder . Gomes (2006, apud ALVES, 2003:16).

[...] o hospital como instrumento terapêutico é uma inovação relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais. Gomes (2006, apud FOUCAULT, 2004:99)

Gomes (2006, apud FOUCAULT, 2004) aponta que a família, antes lugar natural da doença, com a organização dos hospitais inseriu-se em caráter complementar com esse novo espaço, sob o olhar médico as doenças foram agrupadas.

Como explicita Gomes (2006, apud PITTA, 1999) “O doente é levado a uma infantilização e ao despojamento de suas responsabilidades, da capacidade de refletir, de observar, de decidir”. Gomes (2006, apud BORETTO, 2004) afirma que a organização de um serviço hospitalar acontece na “perspectiva dos profissionais e da instituição, e não com base nas necessidades do cliente”. Ou seja, as instituições de saúde são planejadas para atender as necessidades dos profissionais que vão trabalhar, esquecendo-se de deixá-las aconchegantes para os pacientes, principalmente para as crianças enfermas.

Em 2016, Michel Temer assumiu o governo, visto a incapacidade por parte do partido dos trabalhadores (PT) e da atual presidenta em manter o “pacto lulista”, a direção e o consenso entre os grupos aliados. (BARROS;BRITO, 2018).

Após a posse Temer iniciou uma série de reformas no interior do Estado, objetivando enviar sinais positivos para o mercado Borón (1997 apud BARROS;BRITO, 2018). Essas reformas, retiraram direitos dos trabalhadores, enfraqueceram as instâncias de representação, promoveram congelamentos de gastos públicos na área social e intensificaram um processo de desfinanciamento. (BARROS;BRITO, 2018).

Na saúde as reformas deram-se através do controle e da restrição orçamentárias, exemplo se deu pela aprovação da Proposta de Emenda Constitucional do Teto (PEC 241-55) e através do aspecto ideológico onde se verificou a busca da construção de um projeto de privatizações da saúde, diminuição das obrigações do Estado na sua garantia enquanto direito e aumento do mercado na prestação desses serviços. Sob o discurso privatista e a inoperabilidade do SUS o mercado é apresentado como o responsável por “ajudar” na resolução dos problemas.(BARROS;BRITO,2018).

É nesse contexto que o tema proposto por esse trabalho encontra-se inserido. No próximo item os direitos que envolvem as crianças hospitalizadas serão

abordados, assim como as contribuições do trabalho do Assistente Social envolvido nesse processo.

3. DIREITOS DAS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

A partir do século XX a criança passou a ocupar um lugar no mundo e nas leis, para Barroso (2000) este século destacou-se por grandes inovações tecnológicas, descobertas, guerras e principalmente o destaque e o reconhecimento da criança como sujeitos de direitos.

As primeiras leis de proteção a infância foram proclamada por uma organização não-governamental em 1923, International for Children Welfare e posteriormente incorporadas na primeira Declaração dos Direitos da Criança de 1924 em Genebra, pela Liga das Nações. Barroso (2000, apud GOMES, 2006).

Após a Segunda Guerra Mundial através da Assembleia das Nações Unidas (ONU), em 1948 foi elaborado e aprovado a Declaração Universal dos Direitos do Homem. Barroso; Fraga (2001 apud GOMES,2006). O que para Bobbio (1992 apud GOMES) significou a precedência do reconhecimento dos direitos do cidadão, “somente depois da Declaração Universal é que podemos ter a certeza histórica de que a humanidade – e toda a humanidade- partilha alguns valores comuns.” Bobbio (1992:28 apud GOMES, 2006).

Em novembro de 1959, também através da Assembleia Geral das Nações Unidas foi aprovada a Declaração dos Direitos da Criança. Documento esse de suma importância para a infância, pois coloca as crianças como sujeitos de direitos preservando a dignidade dessas como pessoas humana.

Dez direitos constam nesta declaração:

1. Direito à igualdade, sem distinção de raça, religião ou nacionalidade;
2. Direito à especial proteção para seu desenvolvimento físico, mental e social;
3. Direito a um nome e uma nacionalidade;
4. Direito à alimentação, moradia e assistência médica adequada para a criança e sua mãe;
5. Direito à educação e a cuidados especiais para a criança física ou mentalmente deficiente
6. Direito ao amor e à compreensão dos pais e da sociedade;

7. Direito à educação gratuita e ao lazer infantil;
8. Direito a ser socorrido em primeiro lugar, em caso de catástrofes;
9. Direito a ser protegida contra o abandono e a exploração no trabalho;
10. Direito a crescer, dentro de um espírito de solidariedade, compreensão, amizade e justiça entre os povos. Barroso (2000 apud GOMES, 2006)

No Brasil, o Neoliberalismo configurou-se como expressão da reestruturação ideológica e política conservadora do capital em resposta a crise e foi introduzido a partir de 1989, no então governo de Fernando Collor de Mello, surtindo efeitos sob as conquistas sociais da Constituição de 1988. A política de saúde nesse contexto também sofreu efeitos das ações advindas do avanço neoliberal. (ARAGÃO, 2017).

A então Constituição Federal vigente instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde foi reconhecida enquanto política pública e direito de toda a sociedade. Nogueira; Mito (2006 apud ARAGÃO, 2017). Em sentido ampliado a saúde passou a ser compreendida como resultado de um conjunto de fatores que envolvem os aspectos biológico, social, psicológico, econômico, dentre outros. Reis (2008 apud ARAGÃO, 2017)

No que se refere aos direitos das crianças instituídos na referida Constituição essa declarou as crianças e os adolescentes como sujeitos de direitos, destacando em seu Art. 227:

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

Em 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assegurou a esses através de seu Art. 3º os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. O ECA é “sem dúvida, um marco na longa caminhada em direção a superação da injusta,

social ainda vivida por muitas crianças no Brasil.” Marques (200:19 apud GOMES, 2006).

O Estatuto da Criança e do Adolescente é um ordenamento jurídico brasileiro que tem como objetivo a proteção integral de crianças e adolescentes. Considerando-se criança, até doze anos incompletos de idade e adolescentes entre doze e dezoito anos. (BRASIL, 1990)

É destacado no Art. 3º, Parágrafo único. (BRASIL, 1990)

Os direitos enunciados nesta Lei aplicam-se a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condições econômicas, ambiente social, região e local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem.

Teixeira (2010) aponta que o Estatuto da Criança e do Adolescente concebeu um Sistema de Garantias de Direito – SGD, onde o Poder Público através de parceria com a sociedade civil passa a elaborar, executar e monitorar políticas públicas voltadas à infância e a adolescência. Andrade e Leal (2005, p.37 apud TEIXEIRA, 2010) destaca:

Infelizmente, a vontade política para o cumprimento de tais metas, embora represente um bom começo, não é garantia certa de execução dessas políticas. São muitos os municípios brasileiros que não dispõem dos recursos financeiros capazes de materializar essas ações em resultados visíveis na vida das pessoas.

Como também expõe Teixeira (2010) o SGD compreende o campo do Controle Social e da Promoção de Direitos e é composto por órgãos e instituições, tais quais: os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente; e, no Campo da Defesa dos direitos pelo Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Centros de Defesa (CEDECAS), Segurança Pública e Conselhos Tutelares.

A família, a comunidade, sociedade e o poder público foram colocados como responsáveis por assegurar com absoluta prioridade a “efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização,

à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária.” (Art. 4º, BRASIL, 1990).

É destacado que a garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude. (Art. 4º, Parágrafo único, BRASIL, 1990).

No Art.7º do referido Estatuto é destacado o direito a proteção e à saúde “... mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990).

Os direitos das gestantes e dos nascituros também foram contemplados através do Art.8º (BRASIL, 1990).

É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

§ 1º O atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária.

§ 2º Os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, aos estabelecimentos em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher.

§ 3º Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação.

§ 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e a mãe, no período pré e pós-natal,

inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal.

§ 5º A assistência referida no § 4º deste artigo deverá ser prestada também a gestante e mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção, bem como a gestantes e mães que se encontrem em situação de privação de liberdade.

§ 6º A gestante e a parturiente têm direito a uma companhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato.

§ 7º A gestante deverá receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança.

§ 8º A gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos.

§ 9º A atenção primária à saúde fará busca ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal, bem como da puérpera que não comparecer às consultas pós-parto.

§ 10º Incumbe ao poder público garantir, à gestante e à mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistências do Sistema Único de Saúde para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança.

Através do Art.11 foi assegurado o pleno acesso, através do Sistema Único de Saúde as linhas de cuidado dirigidas a saúde, partindo do princípio da igualdade no acesso as ações e serviços, objetivando a promoção, proteção e recuperação da saúde. No inciso segundo do referido artigo é destacado a responsabilidade do poder público “fornecer gratuitamente, àqueles que necessitarem medicamentos, órteses, próteses e outras tecnologias assistidas relativas ao tratamento, habilitação ou reabilitação para crianças e adolescentes, de acordo com as linhas de cuidado voltadas às suas necessidades específicas” (BRASIL, 1990)

Aos pais/ responsáveis foi garantida a presença junto ao filho em período integral nas instituições de saúde:

Art.12 Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. (BRASIL, 1990)

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), o Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (PRONAICA), o Conselho da Comunidade Solidária e os Conselhos Tutelares Gomes (2006, apud BARROSO,2000), atuaram na busca para a implantação do referido Estatuto.

No âmbito hospitalar a Carta da Criança Hospitalizada, realizada em 1988 por associações europeias vem ao encontro dos Direitos da Criança Hospitalizada.

Consta na “Carta da Criança Hospitalizada”:

1. A admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital dia;
2. Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado;
3. Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho e devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário. Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas do serviço para que participem ativamente nos cuidados ao seu filho;
4. As crianças e seus pais têm o direito de receber informação sobre a doença e os tratamentos , adequados à sua idade e à compreensão , a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito;
5. Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.
6. As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceitas sem limites de idade;
7. O hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança;

8. A equipe de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família Gomes (2006, apud INSTITUTO DE APOIO A CRIANÇA - IAC, 2000).

No Brasil, através da Sociedade Brasileira de Pediatria foi apresentado e aprovado na 27ª Assembleia Ordinária do CONANDA os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados o que posteriormente transformou-se na Resolução 41 de 17 de Outubro de 1995. (BRASIL,1995):

1. Direito à proteção à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação;
2. Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa;
3. Direito a não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento de sua enfermidade;
4. Direito de ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas;
5. Direito a não ser separado de sua mãe ao nascer;
6. Direito a receber aleitamento materno sem restrições;
7. Direito a não sentir dor, quando existem meios para evitá-la;
8. Direito a ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêutico e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico, quando se fizer necessário;
9. Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar, durante sua permanência hospitalar;
10. Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido.
11. Direito a receber apoio espiritual e religioso conforme prática de sua família;
12. Direito a não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal;
13. Direito a receber todos os recursos terapêutico disponíveis para sua cura, reabilitação e ou prevenção secundária e terciária;

14. Direito a proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos;
15. Direito ao respeito a sua integridade física, psíquica e moral;
16. Direito a preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais;
17. Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis, ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética;
18. Direito a confidência dos seus dados clínicos, bem como direito a tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na instituição, pelo prazo estipulado por lei;
19. Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente;
20. Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

A intervenção do Assistente Social desenvolve-se em meio a contexto sócio econômico complexo, adverso e conflituoso. O Serviço Social um tipo de especialização do trabalho coletivo que possui a questão social como objeto de intervenção. O profissional de Serviço Social atua na produção e reprodução da vida material, a partir da inserção em processos de trabalho de acordo com as exigências do capital, devendo ter como compromisso decifrar a realidade e elaborar propostas capazes de preservar e efetivar direitos. Iamamoto; Carvalho (2005 apud ARAGÃO 2017).

No espaço sócio-ocupacional da saúde, o assistente social participa do processo de trabalho, sendo reconhecido enquanto trabalhador da área pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo conjunto CFESS/CRESS. O objetivo da profissão na saúde é a compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde/doença, visando a construção de estratégias para o enfrentamento dessas questões. Bravo; Matos (2006, apud ARAGÃO 2017p.14)

Considerando que a saúde dos indivíduos não está condicionada apenas ao aspecto biológico, mas que sua inserção social produz rebatimentos no processo saúde/doença e na qualidade vida, as transformações ocasionadas no mundo do trabalho e na esfera do Estado brasileiro geram impactos na saúde (ou doença) dos sujeitos. Reis (2008 apud ARAGÃO,2017). Regressão dos direitos dos trabalhadores provocaram mudanças significativas na vida nas classes subalternas. Bravo (2006 apud ARAGÃO, 2017). Essa parcela da população passou a vivenciar

em seu dia a dia expressões da questão social ficando sujeitas a exposição de doenças e agravos maior probabilidade de adoecimento, menor acesso a serviços de saúde, pior qualidade de serviços prestados, e menor acesso aos níveis de maior complexidade da política de saúde (internações hospitalares, exames de diagnóstico) etc. (REIS, 2008).

Posteriormente objetiva-se apresentar, partindo da minha experiência profissional atuando em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica em um hospital Geral Público a rotina da intervenção do Serviço Social, assim como sinalizar algumas contribuições dessa profissão no que se refere o acesso aos direitos mencionados acima.

4. RELATO DA ROTINA DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA UTI PEDIÁTRICA

Discutir sobre os direitos das crianças hospitalizadas é caminhar além do campo dos direitos instituídos em lei, é ter um olhar diferenciado que envolve a condição peculiar daqueles indivíduos em desenvolvimento e que estão sendo impedidos, mesmo que temporariamente da plenitude desse momento. Essas crianças estão por muitas vezes assustadas, com medo do desconhecido, sendo invadidas emocionalmente e fisicamente através de procedimentos dolorosos em meio ao desconhecido.

Por muitas vezes, esses pais e/ou responsáveis também carregam esse medo, medo do que está por vir, vendo seus filhos em meio há processos inesperados, sofridos e desconhecidos. Envolvidos emocionalmente e fisicamente, desprotegidos do saber, afinal “o que meu filho tem? Ele vai ficar bem? O que está acontecendo?”, desprotegido de recursos financeiros, de suporte familiar, etc.

Como explicita Capobianco (2003, p.247 apud GOMES 2006)

Normalmente na opinião dos profissionais as crianças e seus pais nada sabem a respeito do seu corpo e de si mesma. Por isso, é necessário transmiti-lhes o “saber científico” coercitivamente e, com frequência, de forma ameaçadora em nome de sua “salvação” ou cura.” Então institui-se dentro das instituições, as “aulas” sobre higiene, amamentação, entre outras, com vistas a libertar os pais da “ignorância” e ensiná-los a cuidar de seus filhos.

Nesse processo a equipe de profissionais que prestam assistência às crianças e seus familiares precisam estar dispostos a ouvir e a dialogar, sendo esses atos participe do processo de exercício do direito e que por muitas vezes não é o que é observado.

Segundo Ceccim (1997.p 27-41 apud GOMES, 2006)

Uma adequada possibilidade de acolhimento dos medos, desejos, ansiedades, confusões e ambivalências, com adequado nível de informação, permitirá, portanto, a produção de conhecimentos sobre si e uma construção positiva a respeito da saúde, em que o corpo não se separe do pensamento.

Rezende e Rezende (1996. p.113-123 apud GOMES, 2006)

(...) a hospitalização para a criança e seus familiares, pode ser uma das maiores fontes de ansiedade, e a resposta a ela vai depender da faixa etária. Estar internado pode representar para a criança a perda do laço afetivo, principalmente em relação a mãe. Ao mesmo tempo gera desconfiança sobre as pessoas que a atendem além de angústia, estresse, medo, sensação de ameaça em face de procedimentos dolorosos, regressão, temor da castração da morte.

Durante a internação essas crianças, assim como seus responsáveis legais estão “protegidos” por direitos legalmente instituídos como na Constituição Federal de 1988, no conjunto de leis que envolvem os direitos à saúde, no Estatuto da Criança e do Adolescente, na Resolução 41/1995, entre outras. Porém, a viabilização e a efetivação desses direitos não estão garantidas efetivamente e essa dificuldade ou não acesso envolvem uma série de fatores em que o Assistente Social pode e deve intervir na tentativa de viabilizar direitos.

Conforme Gomes (2006 apud BOBBIO 1992. p217):

(...) ao discutir sobre os direitos do homem, o reconhecimento e a proteção destes direitos estão na base das Constituições democráticas modernas. Uma coisa, no entanto, é proclamar esses direitos e outra é desfrutá-los efetivamente. Nesse sentido, o autor considera que o problema grave do nosso tempo não está mais em fundamentá-los e sim, em protegê-los. É preciso saber qual o modo mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados.

Foi através de abordagens individuais, no âmbito curativo (Serviço Social de Caso) que o Assistente Social inseriu-se na Saúde, sendo que somente nas décadas de 80 para 90 que a saúde tornou-se uma questão política quando houve a mudança do conceito de “saúde” e a ascensão do Movimento da Reforma Sanitária.(BRAVO,1996)

A Reforma Sanitária trouxe a concepção ampliada da saúde e através do Sistema Único, o Estado teve centralidade na prestação desse serviço, esse novo

modelo abriu um grande espaço para inserção profissional dos Assistentes Sociais. (ALVES; ARAÚJO; CARVALHO, 2007)

A Seguridade Social instituída na Constituição Federal de 1988, fruto das proposições do projeto da reforma sanitária, compôs o tripé, Saúde, Assistência Social e Previdência Social. A saúde, através do Sistema Único da Saúde (SUS) foi regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) apresentou-se com a proposta de democratização do acesso; universalização das ações e melhorias na qualidade dos serviços, assim como, a adoção de um novo modelo de assistência baseado na integralidade e equidade das ações; democratização das informações e transparências no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático e a interdisciplinaridade nas ações. (CFESS, 2000.)

Enquanto política pública o SUS encontra dificuldades para sua efetivação como “ desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras.” (CFESS, 2000.)

Como explicita BRAVO, 2006 os anos de 1990 foi à fase de êxito e implantação ideológica do neoliberalismo, o que acarretou disputas entre os dois projetos políticos passando a apresentar diferentes requisições para o Serviço Social.

Através do documento Parâmetro de Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, 2000 foram propostos pontos importantes para se pensar uma efetiva atuação, competente e crítica do Serviço Social na saúde:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;

Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;

Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma comprometida e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a

proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;

Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde

Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento as necessidades sociais;

Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde , espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;

Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;

Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Enquanto Assistente Social inserida há cerca de sete anos, em um Hospital Geral do Estado de Minas Gerais, mais precisamente em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica pude experienciar diversas situações que envolvem as criança, familiares e seus “direitos”, assim como, seus “não direitos”.

O referido hospital foi inaugurado em 1948, inicialmente como hospital de Campanha, objetivando o controle e o tratamento da tuberculose. Em 1978 passa a ser gerenciado por uma fundação do Estado de Minas e em 1983 transforma-se em um Hospital Geral.

A instituição presta assistência hospitalar secundária e terciária e conta com leitos de Enfermarias Feminina e Masculina, Tisiologia e Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva, Pediátrica, Neonatal e Adulto, Centro de Reabilitação, além de uma Maternidade de Alto Risco.

Enquanto Assistente Social atuo na instituição acima em regime de plantão (7:00 às 19:00) , com escala fixa , sendo às terças, quintas e sábados, incluindo um

domingo ao mês . Sou responsável, diretamente enquanto profissional do Serviço Social pela UTI pediátrica e UTI Adulto e indiretamente pelos outros setores do hospital, após às 16h00, finais de semana e feriados.

Enquanto profissional de Serviço Social responsável pela Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTI PED pude observar situações diversas em relação ao acesso e a efetivação de direitos relativos a saúde dessas crianças que encontram-se hospitalizadas, assim como de seus responsáveis, porém, nesse mesmo processo, e por muitas vezes observou-se situações de desrespeito, cerceamento e violação desses mesmos direitos, ficando o acesso a esses condicionados a uma série de fatores de origem sócio-política/ estrutural.

As UTI (s), no âmbito do SUS estão situadas no nível de alta complexidade, sendo caracterizadas por procedimentos que envolvem profissionais especializados, alta tecnologia e/ou alto custo (Brasil, 2007).Esses espaços se configuram como unidades destinadas ao acolhimento de usuários em estado grave com chances de sobrevida, que necessitam de tratamento contínuo e recursos humanos especializados, monitoramento constante, com disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos ininterruptos (BRASIL, 2009).

A UTI Pediátrica recebe crianças e adolescentes a partir de 29 dias de vida até 12 anos , 11 meses e 29 dias oriundas de vários municípios da macrorregião para tratamento de diversas doenças. A equipe é composta por médicos diaristas, médicos plantonistas, médicos especialistas (atendem através de pareceres), enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais.

As crianças e adolescentes ficam todo o período da internação com acompanhantes, que dormem em cadeiras reclináveis, tomam banho e alimentam-se no hospital. As crianças recebem visitas diariamente dos pais e de outros dois familiares uma vez na semana. Há uma cartilha informativa que os acompanhantes recebem e assinam dando ciência sobre as normas e rotina na Unidade.

O primeiro contato do Serviço Social com os responsáveis pelas crianças e adolescentes internados geralmente acontecem no momento do Acolhimento, onde é colhida informações do contexto sociofamiliar da criança e dos responsáveis e

também momento esse, onde é explicado as normas e rotina do setor e dado as primeiras orientações e encaminhamentos sociais cabíveis.

Além do acolhimento inicial o Serviço Social acompanha essas famílias durante todo processo de internação, realizando as intervenções necessárias, além de participar das reuniões multidisciplinares que acontecem semanalmente.

Há a necessidade de fazer a conexão entre as questões apresentadas durante as intervenções juntos a essas famílias relacionando as demandas apresentadas e as relações sociais a que estão inseridos. Assim como:

É importante desenvolver a capacidade de ver, nas demandas individuais, as dimensões universais e particulares que elas contêm. O desvelamento das condições de vida dos sujeitos atendidos permite ao assistente social dispor de um conjunto de informações que, iluminadas por uma perspectiva teórico-crítica, lhe possibilita apreender e revelar as novas faces e os novos meandros da questão social que o desafia a cada momento no seu desempenho profissional diário (IAMAMOTO, 2012, p.53)

A Unidade Hospitalar citada é referência para toda zona da mata mineira, muitas das crianças internadas na UTI PED são de outros municípios. Destaca-se um grande número de famílias beneficiárias dos programas de transferência de renda do Governo Federal (Bolsa Família - BF e Benefício de Prestação Continuada-BPC) e/ou dependentes do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) do município de origem.

Exceto as crianças e adolescentes que se encontram sedados e/ou em ventilação mecânica é exigida pela coordenação da unidade a presença de um acompanhante e esse, também por exigência devem ser os genitores das crianças ou adolescentes, salvo algumas exceções. O que, por muitas vezes causa uma grande desorganização sociofamiliar devido esses genitores também serem responsáveis por outros filhos e trabalharem, já que não há na legislação trabalhista brasileira uma lei que respalde os pais acompanharem os filhos durante o período de internação.

O que se percebe na atuação profissional, no hospital acima mencionado é que vários fatores influenciam no acesso das crianças, assim como de seus familiares nos direitos legalmente instituídos e não só nesses, como também em necessidades em que ainda não há legislação que as contemplem.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, conforme explicitado acima aponta em seu art. 12 que “os estabelecimentos de saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um de seus responsáveis”. O Serviço Social teve uma importante atuação nessa direção, na referida unidade de saúde, promovendo a divulgação da informação e discussões junto a equipe multiprofissional, assim como junto a familiares encaminhando-os a serviços como Ouvidoria, Conselho Tutelar e até Promotoria da Infância e Juventude, afim de efetivação desse direito. Na atualidade, é garantido a presença de um responsável por 24 horas no interior da UTI com direito a local para pernoitar, realizar higiene pessoal e as refeições.

Muitos dos usuários do hospital são oriundos de outros municípios, portanto quando uma criança é internada na UTI, geralmente acompanhado por sua genitora essa, ausenta-se de seu domicílio, de seu trabalho e como na maioria das vezes essas possuem outros filhos, também ausentam-se desses. Esse afastamento do local de origem gera muitos transtornos e o Serviço Social atua na tentativa de minimiza-los.

Segundo a Portaria nº 55 de 24 de Fevereiro de 1999 que dispõe sobre o Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde: “Art 4º - Fica vedado o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência.”

Há a solicitação por parte desses acompanhantes de intermediar junto a Secretaria de Saúde dos municípios transporte para que esses possam ir e vir para suas residências durante a internação da criança/ adolescente, internação essa muitas vezes prolongadas. Como a portaria acima mencionada não é específica quanto a esse tipo de transporte muitas vezes a negativa é presente gerando grandes desgastes nos familiares e equipe.

O Serviço Social promove a intermediação entre as secretarias de saúde e os usuários, mesmo em alguns casos não obtendo êxito.

Outro ponto a ser destacado refere-se ao item 3 da “Carta da Criança Hospitalizada” em que é colocado que “Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho e devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário...”. Vale ressaltar que não há na lei brasileira trabalhista brasileira respaldo para que os pais e/ou responsáveis possam permanecer como acompanhantes dos filhos sem prejuízo de seu salário.

Muitas vezes a genitora é a provedora da família o que acarreta grandes transtornos, visto que a mesma se vê entre acompanhar o filho que encontra-se em um leito de UTI e permanecer trabalhando para não perder a única renda da familiar. O que acontece na maioria das vezes é a permanência da mãe junto ao filho, ao Serviço Social cabe à orientação da necessidade de realizar uma mediação junto ao empregador para que esses dias perdidos de trabalho sejam repostos posteriormente.

A recreação é um fator de extrema importância que necessita ser trabalhada, na UTI não é possível às crianças deambular, exceto em algumas situações específicas, portanto, a recreação fica por conta de desenhos realizados no leito, com material disponibilizado pela equipe e a presença de alguns brinquedos, esse tem que necessariamente serem de materiais que possam passar por desinfecção. Ao Serviço Social cabem as orientações.

As normas e rotina do setor, também é atribuição do Serviço Social na referida instituição. O Assistente Social fica responsável por repassá-las para os acompanhantes e zelar pelo cumprimentos delas.

Encaminhamentos e articulação com a rede sócio assistencial, saúde e de proteção à criança e ao adolescente permeia a ação profissional, como: Secretarias de Saúde dos diversos municípios, Conselhos Tutelares, Organizações Não Governamental, Vara da Infância e Juventude, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Referência da Assistência Social e Centros de Referência Especializada da Assistência Social, entre outras.

Vale ressaltar que a mediação de conflitos entre familiares e equipe é realizada com frequência.

Destaca-se, em nível de percepção que o Serviço Social por muitas vezes é acionado para resolver questões burocráticas, questões consideradas “de ninguém” e questões cujo outros profissionais atribuem ao Serviço Social, o que acarreta grande desgaste emocional e embates junto à equipe e a direção hospitalar.

Portanto, concluí-se que há um reconhecimento da profissão na instituição e certa autonomia na prática profissional, porém há muito a ser alcançado, no campo da ampliação e da disponibilização dos direitos socialmente conquistados e o que ainda está por ser alcançado efetivamente. Muitos avanços e retrocessos e a certeza da necessidade de novas lutas em busca de uma equidade social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou abordar a temática dos direitos referentes à criança hospitalizada, objetivando aproximar das legislações e de alguns autores estudiosos do assunto, além de trazer através de relatos pessoais a vivência enquanto Assistente Social atuando em uma UTI Pediátrica em uma instituição de saúde pública do estado de Minas Gerais.

.Realizar esse estudo possibilitou uma maior aproximação do meu objeto de trabalho, visto ser também através dessas reflexões, orientações e legislações que há possibilidade de promover discussões e promoção de acesso com qualidade aos serviços de saúde.

No transcorrer do estudo muitas questões e lembranças de momentos vividos vieram à mente, situações dolorosas, difíceis e angustiantes que evidenciaram ainda fragilidades na implementação do sistema de saúde proposto, além dos efeitos das refrações da questão social que incide sobre os usuários desse sistema.

Quanto às crianças hospitalizadas, assim como seus familiares os efeitos de estarem nessas condições, mesmo que por um período de tempo são significativos, pois há mudanças radicais em seu modo de viver, medos, ansiedades, inseguranças. Situações essas que fazem da atuação profissional do Serviço Social de primordial importância.

O Assistente Social atua na promoção dos direitos e da cidadania, intermedia conflitos entre modo de ser e estar na sociedade de forma diferente e busca promover a reflexão desses usuários enquanto cidadãos de direitos.

Portanto, a busca do conhecimento através desse estudo, que é parte do todo exposto durante a especialização contribuiu para ampliar meu conhecimento e reflexão sobre a realidade exposta e vivenciada, além de qualificar minha atuação profissional e contribuir na busca e efetivação de direitos e principalmente na qualidade de vida dos usuários do conquistado Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS:

ALVES. C.S; ARAUJO.R.C.X.S;CARVALHO.R.N. **Política de Saúde e Serviço Social**:Programa Saúde da Família como elemento de debate para o assistente social. Disponível: <<http://www.joinpp.ufma.br>. Acesso em 08 de dezembro de 2019.

ARAGÃO, T. V.C. **O trabalho do Assistente Social nas UPAs de Juiz de Fora**: especificidades de um espaço sócio-ocupacional. 2017. Tese de Mestrado – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2017.

BARROS, B.T.S BRITO, A.E.C. A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, Ano XXII – nº44 – Mai a Ago/2018, p. 67-86. Disponível em: http://www.osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OQS_44_art3.pdf. Acesso em: 06.jan.2020.

BRASIL.**Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de Outubro de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília: DF. 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 04 de janeiro de 2019.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União , Brasília: DF. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm . Acesso em : 10 de jan. 2019.

BRASIL. **Lei n.8069, de 13 de Julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: DF. 1990. Disponível em : < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 04 de janeiro de 2019.

BRASIL, **Resolução nº 41, de 13 de Outubro de 1995**. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Diário Oficial da República Federativa do Brasil:DF, 1995. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/ressen/1995/resolucao-41-15-setembro-1995-479671-publicacaooriginal-1-pl.htm>. Acesso em: 02. Jan.2020.

BRASIL. **Lei nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar(PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção a Saúde (RAS). Brasília: DF. 2013. Disponível em:http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 06.01.2019

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 25-47.

BRAVO, M, I, S. MENEZES, J, S, B . A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, L. B; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2013, p. 19-47

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS,2000.

COSTA, M, D, H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 62, p. 35-71, 2000.

CONASS. **Para entender o Pacto pela Saúde 2006**. Nota Técnica 06/2006. Volume I. Brasília, 2006. Disponível em : http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/para_entender.pdf. Acesso em: 02.Jan.2020.

GOMES, I. L. V. **A criança hospitalizada, seus direitos e as relações interpessoais no cuidado e tratamento: caminho e descaminho**. 2006. 220f. Tese Doutorado – Universidade do Estado de Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/tdebusca/arquivo.php?codArquivo=6854>. Acesso em 02 de dezembro de 2019.

GUIDINI, Cristiane. **Abordagem histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro: conquistas e desafios**. Trabalho de Conclusão em Pós Graduação em Gestão em Organização Pública em Saúde. Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2012.

IAMAMOTO, M.V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CFESS. **Atribuições privativas do(a) Assistente Social**. Ed. Ampl. Brasília: CFESS, 2012. P.33-74.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 1667-1676, 2013.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. **Distrito Sanitário: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde**. S.I, HUCITEC, 1993.p.19-91.

PAIM, J.S; TRAVASSOS, C.;BAHIA, L; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios – Séries. IN: **THE LANCET: Saúde no Brasil – maio 2011**. p.11-31. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf>. Acesso em: 02.Jan.2020.

PEREIRA, M, C, S. A precarização da política de saúde: uma expressão da questão social. **Interface**, Natal, v. 6, n. 1, jan./jun., 2009.

REIS, R. S. **O trabalho do assistente social frente à determinação social da saúde da criança**. 2008. 131 f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2008.

SOUZA, R.R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v.6, n.2, 2001 p. 451-455. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%OD/csc/v6n2/7015.pdf>. Acesso em: 01 Jan.2020.