

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

ANELISE ROSA DA SILVA

**A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DA SAÚDE DA CRIANÇA: o
relato da prática de estágio na alta complexidade em saúde**

Porto Alegre

2017

ANELISE ROSA DA SILVA

A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DA SAÚDE DA CRIANÇA: o relato da prática de estágio na alta complexidade em saúde

Trabalho de conclusão de curso apresentado no Curso de Serviço Social do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vanessa Maria Panozzo Brandão

Porto Alegre

2017

ANELISE ROSA DA SILVA

A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DA SAÚDE DA CRIANÇA: o relato da prática de estágio na alta complexidade em saúde

Trabalho de conclusão de curso apresentado no Curso de Serviço Social do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Vanessa Maria Panozzo Brandão

Orientadora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dr.^a Dolores Sanches Wunsch

Examinadora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dedico este trabalho aos meus pais Teresinha e Antonio que através do amor, cuidado e carinho me orientaram pelos caminhos da vida que me trouxeram até aqui.

Essa conquista é nossa!

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais que através do amor me ensinaram a importância da empatia, a olhar o mundo com olhos sensíveis capazes de compreender sem julgar. Obrigada Pai pelo exemplo de generosidade, pelas inúmeras vezes que fez o bem sem olhar a quem e mesmo de forma inusitada me ensinou que o amor está presente nos pequenos gestos diários. Obrigada Mãe, por ter me transmitido, em tão pouco tempo de convivência, ensinamentos que carrego até hoje. Foram apenas sete anos juntas, tempo suficiente para que o teu amor criasse raízes em mim, tornando esse sentimento infinito, ultrapassando as barreiras entre o plano terreno e espiritual. Tenho certeza de que estamos sempre juntas!

Agradeço aos meus irmãos, Andreia e Andrenilson, pessoas que admiro e respeito. Dinda Déia, sei que a vida nos pregou peças, mas foram nos momentos de dificuldade que encontramos abrigo no coração uma da outra. Na ausência da nossa mãe, abdicou da tua vida para me criar e sou eternamente grata pelo teu cuidado, carinho e amor. A tua força me inspirou em muitos momentos, se hoje estou aqui saibas que o teu amor imensurável foi o combustível para a minha caminhada. Dindo Mano, meu irmão querido que comemorou tanto a minha entrada para a UFRGS. Sempre me incentivou a estudar, ler, acreditar nos meus sonhos da mesma forma que tu acredita e luta pelos teus. Teu engajamento com as questões políticas e sociais me fizeram refletir desde muito pequena. Se hoje sou capaz de pensar de forma crítica acerca das desigualdades presentes em nossa sociedade, tenhas certeza que essa sementinha do conhecimento foi plantada por ti. Obrigada Dindo e Dinda pelo apoio, incentivo e abraços apertados nos momentos em que precisei.

Aos meus cunhados Cristina e Gustavo, agradeço por terem chego e completado nossa família. Cris obrigada por todas as vezes em que me auxiliou nos trabalhos da faculdade, pelas horas de conversa e discussões de casos. Meu contato com a Política de Assistência se deu através dos teus relatos, eles despertaram em mim o desejo de um dia poder atuar nessa área. Gustavo, obrigada pelas inúmeras vezes que dividiu a tua esposa comigo, pelas palhaçadas que me fizeram rir até doer a barriga e por ser esse dindo posição tão afetuoso.

Ao meu amor Junior, que entrou na minha vida de forma inesperada em 2015, momento mais difícil da graduação. Obrigada por chegar e completar a minha felicidade de forma tão sutil. Pelos nossos encontros no bar no Anexo Saúde e no Mc Donalds da Silva Só, lugares estratégicos para que eu não me atrasasse para a aula. Agradeço imensamente pelo teu apoio, compreensão e disponibilidade. Meu amor, perdoe-me pelas lágrimas, pelo desespero,

ansiedade e ausência em alguns momentos. As angústias ocasionadas pelo processo de formação só puderam ser superadas através do teu amor e da tua presença constante. Além de tudo, trouxe a minha vida um serzinho de luz chamado Bernardo. Bê, sei que ainda não consegue compreender, mas um dia saberás o quanto és especial para mim. Tua chegada em minha vida tornou-me uma pessoa melhor. Agradeço também a minha sogra Marinês, que me acolheu desde o início de forma tão afetuosa e abriu as portas da sua casa para mim. Obrigada pela convivência.

Aos amigos que fazem parte da minha vida e aqueles a quem tive o prazer de conhecer ao longo do caminho, agradeço. À minha amiga Giulia, a melhor amiga de infância que qualquer um pode desejar, por sempre estar lá disposta a ouvir. Obrigada por ter cruzado o meu caminho há mais de 10 anos e ser a irmã mais nova que pude escolher. Às colegas que se tornaram minhas melhores amigas, Denise e Taiane, presentes especiais que a UFRGS me deu. Tai, obrigada pelas noites compartilhadas, pela emoção dos trabalhos em grupo e por ter sido meu ombro amigo nos momentos de fragilidade. De, jamais teria sobrevivido ao processo de estágio sem o teu apoio. Obrigada pelas muitas vezes em que ouviu minhas lamúrias e principalmente por ter me ensinado a rir das situações adversas da vida. Sentirei falta dos nossos almoços no Cachorrão do Conceição e dos nossos jantares no R.U..

Agradeço aos professores do Curso de Serviço Social que me ensinaram que a sala de aula é espaço de troca de conhecimento, onde todos têm potencial para ensinar e aprender. Obrigada por todas as vezes em que saí da aula com muitos questionamentos, me sentindo um ponto de interrogação gigante. A sabedoria vem acompanhada da dúvida, esta é a dialética do aprendizado.

Agradeço de forma especial à Professora Simone, minha supervisora acadêmica de estágio. Nossas orientações foram carregadas de desabafos e o teu acolhimento às nossas angústias tornou mais brando aquele processo que parecia tão sofrido. Agradeço também à Professora Vanessa, minha orientadora. Teus puxões de orelha, assim como o teu olhar carinhoso, foram fundamentais para que eu acreditasse e não desistisse.

Chegar até aqui não foi fácil, mas com certeza teria sido mais difícil se eu não tivesse em minha vida todos vocês. Muito obrigada pela contribuição que cada um teve ao longo dessa jornada. Tenham a certeza de que sempre estarão em meus melhores pensamentos!

São tempos difíceis para os sonhadores.

- O Fabuloso Destino de Amélie Poulain

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso aborda a temática da atuação do assistente social, a partir da integralidade do cuidado da Saúde da Criança, na alta complexidade em saúde. Traz o relato histórico da concepção de Saúde da Criança no Brasil, assim como discorre sobre o conceito da integralidade, situando a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC). A percepção da saúde enquanto direito social, sendo esta uma política universal, que sofre influências do estado neoliberal e que exerce impacto diretamente no acesso da população usuária, assim como nas relações de trabalho nos espaços sócio-ocupacionais. Sendo o Serviço Social uma profissão que atua na perspectiva da garantia de direitos, é fundamental que esteja articulada com as concepções do Movimento da Reforma Sanitária, compreendendo a saúde através de um viés social. Este trabalho, também, visa articular o relato da prática de estágio obrigatório realizada em um equipamento de saúde de alta complexidade com os princípios e diretrizes da PNAISC, compreendendo a importância da integralidade nas ações profissionais, assim como, busca enfatizar a influência da dimensão instrumentalidade no cotidiano de trabalho do assistente social. Conclui-se que mesmo perante os desafios que o Serviço Social encontra para o desenvolvimento da prática na área da saúde, é de suma importância a atuação profissional nesta política para a identificação das contradições impostas pelo capital e para o enfrentamento das expressões da questão social, a partir do conceito ampliado de saúde.

Palavras-chave: Serviço Social. Integralidade. SUS. PNAISC. Instrumentalidade.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS	Centros de Atendimento Psicossocial
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
DNCR	Departamento Nacional da Criança
DPI	Desenvolvimento na Primeira Infância
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HCC	Hospital da Criança Conceição
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PIM	Programa Primeira Infância Melhor
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTINeo	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal
UTIPed	Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 A POLÍTICA DE SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL.....	13
2.1 Breves considerações históricas sobre a saúde da criança no Brasil.....	13
2.2A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: princípios e diretrizes.....	20
2.3O Conceito de Integralidade na Política de Saúde	25
3 A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO: a materialização da atenção integral com as mães adolescentes da unidade de tratamento intensivo neonatal (UTIneo).....	30
3.1 Relato da prática de estágio em um equipamento de saúde de alta complexidade	30
3.2 A construção do formulário como forma de acesso ao direito: dialogando acerca da instrumentalidade no Serviço Social	43
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS	51
ANEXOS/APÊNDICES	56

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como temática central a saúde da criança no Brasil, a partir da perspectiva do cuidado integral em saúde. Propõe-se a refletir acerca da trajetória histórica da saúde da criança, compreendendo os meios que nos trazem à atual conjuntura. Aborda o conceito da integralidade visando compreendê-lo com base no Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltando seus princípios e o Movimento da Reforma Sanitária.

Em um primeiro momento serão abordadas questões que envolvem a Política de Saúde da Criança no Brasil, perpassando pelo contexto histórico até chegar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC). A partir da construção do conceito do que é ser criança, modificou-se ao longo dos anos o nível de importância que esse seguimento recebe perante a sociedade e o Estado. Com os altos índices de mortalidade infantil desde o período do Brasil Colônia, foram elaboradas estratégias de enfrentamento a essa questão, tendo como foco as ações em saúde. Através da elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a criança passou a ser vista pelo Estado enquanto sujeito de direito, assim, foram projetadas ações que têm como foco a proteção e a promoção do bem-estar das crianças e adolescentes. Como forma de compilar todas as estratégias desenvolvidas ao longo dos anos, em 2015 surge a PNAISC.

Resultado de um longo processo de luta pela defesa do cuidado integral a saúde da criança, a PNAISC trata-se de uma política recente que aborda questões antigas referentes a promoção, proteção e prevenção da saúde da criança, principalmente na primeira infância. Os princípios e diretrizes abordados na PNAISC são baseados no Sistema Único de Saúde (SUS). Já os eixos estratégicos da PNAISC visam à orientação e à qualificação das ações em saúde a partir do cuidado humanizado, o qual deve acontecer desde a gestação.

O cuidado integral como base da PNAISC, vem do conceito de integralidade preconizado pelo SUS que, enquanto eixo norteador da política de saúde, compreende que o sujeito deve ser visto a partir de sua totalidade. Desta forma, os profissionais que atuam nos equipamentos de saúde, principalmente na atenção básica enquanto porta de entrada da Política de Saúde, devem enxergar o usuário a partir de um viés social. Sendo assim, é preciso compreender o conceito ampliado de saúde para articular ações que promovam a integralidade.

A segunda parte deste trabalho traz o relato da prática profissional a partir do estágio obrigatório em Serviço Social. O estágio realizado em um equipamento de saúde de

alta complexidade, destinado a atender crianças e adolescentes foi um espaço propício para a articulação entre teoria e prática. Por tratar-se de um dos períodos mais relevantes do curso, o estágio obrigatório permite a vivência da prática, concomitantemente com as dificuldades e desafios da atuação profissional nos espaços socioinstitucionais. Aspectos relevantes desse processo são debatidos no capítulo, objetivando a reflexão desse momento da graduação.

A elaboração do projeto de intervenção, enquanto parte do processo de estágio, visa articular as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. Parte desse projeto será destinada à construção de um instrumento de entrevista que tem por objetivo coletar informações, visando qualificar o atendimento ao usuário. A utilização desse instrumento como forma de garantir direitos, leva à discussão da instrumentalidade para o Serviço Social.

A instrumentalidade, enquanto capacidade profissional de saber utilizar de forma objetiva os instrumentais, configura-se como meio da ação profissional que tem por fim o enfrentamento às expressões da questão social. Essa dimensão da profissão constitui-se enquanto parte fundamental da relação teoria-prática, visto que compreende um conjunto de informações, conhecimentos, técnicas e habilidades, que vão se modernizando ao longo do processo e dão materialidade as ações (GUERRA, 2011).

Por fim, a conclusão deste trabalho traz as reflexões diante de todo o processo, discutindo a integralidade do cuidado a partir da perspectiva dos atendimentos em saúde na alta complexidade, assim como, visa evidenciar os conhecimentos adquiridos no período de formação profissional, articulando-os com os processos interventivos.

2A POLÍTICA DE SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL

A atenção à saúde da criança no Brasil é resultado de um longo processo de construção da concepção dos direitos desse seguimento da população. A partir de um contexto histórico, foi possível resgatar desde o Brasil Colônia até a conjuntura atual, quais os avanços e retrocessos desta temática.

Partindo dos movimentos de enfrentamento aos altos índices de mortalidade infantil no século XVI, perpassando pelas questões das crianças e adolescentes abandonados que se estendeu do século XVIII, recebendo mais atenção no século XX com a criação do Código de Menores, até as questões atuais que envolvem a integralidade da atenção ao cuidado das crianças. A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança - Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 - vem com a finalidade de abranger em uma única política todas as questões que envolvem o cuidado integral, principalmente na primeira infância, dando enfoque aos cuidados desde o pré-natal.

O conceito da integralidade na área da saúde, preconizado pelo Movimento da Reforma Sanitária, constitui-se como um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse conceito serve como base para a fundamentação da PNAISC, que prevê a promoção e proteção à saúde por meio da atenção e dos cuidados integrais e integrados.

2.1 Breves considerações históricas sobre a saúde da criança no Brasil

O conceito de criança como é conhecido na atualidade não é o mesmo das sociedades passadas. Historicamente as crianças foram ganhando reconhecimento enquanto um seguimento populacional que requer cuidados pontuais, deixando de ser vistas enquanto adultos em miniatura e adquirindo direitos específicos devido às suas particularidades biopsicossociais.

Se levarmos em consideração o período do Brasil Colônia, no qual as crianças não eram tratadas como prioridade, percebemos que as más condições de vida levavam à morte precoce cerca de 70% das crianças na época. A ausência do cuidado durante a gestação, no parto e nos primeiros meses de vida das crianças, refletia diretamente nos altos índices de mortalidade infantil, conforme Silva (2014, p. 1001) “Como se não bastasse a indiferença e as crueldades a que essas crianças eram submetidas, as precárias condições sanitárias e sociais colaboraram com o processo de adoecimento”. As famílias transferiam os cuidados para as escravas que, inclusive, amamentavam os bebês das mulheres brancas, assim surgiram

asamas-de-leite. Muitas doenças foram se propagando nessa época, como: sarampo, varíola, sarna, verminoses, dentre outras que atingiam as crianças e levavam à morte.

Devido às precárias condições de vida das escravas, tanto no percurso até chegar ao Brasil quanto depois de instaladas nas casas dos senhores de engenho, ficavam expostas a diversas doenças, dentre elas a sífilis e, por conseguinte, as transmitiam para as crianças que vinham a cuidar. A violência também estava presente nesse período histórico, pois com o sistema patriarcal o homem era a autoridade máxima dentro de casa e nos espaços públicos, motivado pelos princípios da igreja católica, educava e punia com castigos físicos escravos, crianças e mulheres. Dentro das escolas, organizadas e mantidas pela igreja, os castigos físicos também estavam presentes, como exemplo temos a palmatória e as varinhas de marmelo que serviam como “motivadoras” do bom comportamento (RIBEIRO, 2006).

Noséculo XVIII as mortes prematuras ainda faziam parte da realidade do Brasil. Dessa vez, elas estavam atribuídas às condições insalubres às quais as crianças eram submetidas quando deixadas pelas famílias nas Rodas dos Enjeitados/Expostos. Dentre os motivos do abandono estavam questões relacionadas à moral da época, quando as mães solteiras deixavam seus filhos na roda para não passarem por represálias diante da sociedade, além disso, os filhos das amas-de-leite também eram abandonados, pois essas mulheres tinham que dedicar-se somente aos filhos das famílias da elite, não podendo criar os seus próprios bebês. Os locais que recebiam essas crianças abandonadas não davam conta do cuidado e a maioria acabava morrendo. “A prática ilegal e quase aberta do abandono e o fatalismo com que era aceita a mortalidade infantil revelam a indiferença com que a criança era tratada”(SOUZA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2005, p.586).

Já no século XIX as ações do Estado, a fim de promover a higienização da sociedade, visavam afastar as crianças de suas famílias, levando-as para internatos onde acreditavam que elas estariam longe das condições precárias e evitar-se-iam as mortes prematuras. Sem sucesso, as iniciativas para a redução da mortalidade infantil não tiveram grandes impactos, pois os índices ainda apresentavam-se de forma elevada. Nesse período as famílias foram compreendendo, aos poucos, que tinham papel fundamental no cuidado e preservação da vida das crianças e que era seu dever auxiliar para que elas chegassem à vida adulta, desta forma a família passou a ser o primeiro grupo social da criança. Porém, as famílias também demandavam cuidados e sem o suporte do Estado para garantir a integralidade da saúde das crianças, não conseguiam dar conta das necessidades que surgiam (SILVA, 2014).

A partir da década de 1920, com o movimento de industrialização no Brasil, as famílias passaram a migrar para as cidades para trabalhar nas empresas. Quando as crianças adoeciam, as famílias precisavam dar conta do cuidado delas, assim muitos trabalhadores deixavam de ir ao trabalho para se dedicar ao cuidado dos filhos. Nesse sentido, segundo Silva (2014, p. 1002), a criança “por ser considerada dependente dos trabalhadores das indústrias, recebia assistência médica de acordo com as propostas impostas pelos médicos contratados por proprietários destas indústrias”.

Em 1927 foi elaborado pelo juiz José Cândido de Albuquerque Mello Mattos, com a contribuição de pedagogos, juristas, higienistas e parlamentares o Código de Menores. Esse código tinha por objetivo solucionar as questões referentes a assistência e proteção da criança e do adolescente, principalmente daqueles abandonados que naquele contexto eram chamados de “menores abandonados”, concepção essa que, conforme Rizzini e Rizzini (2004, p. 29), era “[...] definida tanto pela ausência dos pais quanto pela incapacidade da família de oferecer condições apropriadas de vida à sua prole [...]”. Os índices de mortalidade seguiam altos devido a diversos fatores, dentre eles, os que mais se destacavam eram a pobreza, as condições insalubres de higiene e a falta de informação das famílias. Além das taxas elevadas de morte, existia outra questão, a da segurança, pois, a partir do abandono, muitos dos adolescentes iam viver nas ruas e alguns acabavam cometendo crimes. Assim, o poder público começou a sofrer certa pressão por parte dos especialistas nas questões da infância, pois era necessário pensar em políticas públicas que dessem conta das questões desse seguimento da população.

Entre os anos de 1930 a 1940 foram desenvolvidos pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr), que pertencia ao Ministério da Educação e Saúde, programas de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. As ações voltadas à saúde da criança eram tratadas de forma focal, adentrando-se apenas nas questões curativas, sendo esses serviços disponibilizados apenas em hospitais privados e em centros médicos das indústrias, que ofertavam esse serviço aos seus trabalhadores. Em 1953 o Ministério da Educação e Saúde foi desmembrado e as ações que já estavam sendo desenvolvidas pelo DNCr passaram a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde. Foi extinto em 1969 o DNCr e em 1970 foi criada a Coordenação de Proteção Materno-Infantil “a qual apresentou como proposta o planejamento, orientação, coordenação, controle e fiscalização das ações de proteção à maternidade, à infância e à adolescência” (SILVA, 2014, p. 1002).

Em 1970 foi instituído o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, que visava à diminuição dos casos de mortalidade entre as crianças e as mulheres parturientes.

Conforme trazido por Silva (2014), esse programa adotou técnicas centralizadoras que não obtiveram sucesso, pois desconsideravam as diferenças regionais do nosso país. Em 1980 o Estado, através do Ministério da Saúde, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) e, a partir dele, foram estabelecidas cinco ações básicas que compreendem

[...] aleitamento materno e orientação familiar sobre a alimentação em situação de desmame; estratégias para o controle das afecções respiratórias agudas; imunização básica; controle efetivo das doenças diarreicas e, por último, o acompanhamento profissional do crescimento e do desenvolvimento infantil. (SILVA, 2014, p. 1003).

O período que corresponde às décadas de 1980 e 1990 foi marcado pela trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que estabelece a respeito das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como à organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. O SUS é resultado da Reforma Sanitária¹, um movimento que visou qualificar não somente o Sistema de Saúde do nosso país, mas também garantir a qualidade de vida da população tendo em vista os determinantes sociais de saúde.

Durante a década de 1980, a criança tinha assegurado o direito à saúde desde o pré-natal, no entanto, as estratégias de saúde da criança não se apresentavam separadas da saúde materna. Somente em 1984, quando o Brasil adotou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), a atenção exclusiva à saúde da criança ganhou espaço no enfrentamento das questões específicas de saúde que levavam à morte prematura e esse seguimento da população. Esse programa visava promover a saúde através da perspectiva integral, compreendendo de forma prioritária as necessidades dos grupos vulnerabilizados, além de qualificar a assistência e abrangência dos serviços de saúde.

Como marco institucional, esse processo teve a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na qual uniram-se profissionais da saúde e a população levando as propostas do movimento para a pauta do evento. O principal resultado da conferência foi a garantia do direito universal à saúde, sendo essa uma das propostas trazidas pelo movimento

¹ “O movimento da Reforma Sanitária brasileira, que transcorreu as décadas de 1970 e 1980, procura viabilizar a construção da saúde como direito da população e dever do Estado, apresentando a cidadania como um componente central e a descentralização do processo decisório como caminho para a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão (BRAVO, 1996). Como analisa a autora, em outro estudo, esse movimento é significativo e “[...] consiste na organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, que colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura de classes” (2004, p. 32), e busca o fortalecimento do setor público em oposição” (BRAVO, 1996; 2004 apud SARRETA; BERTANI, 2011).

da Reforma Sanitária. Esse direito foi oficializado através da Constituição Federal de 1988 e posteriormente firmado com a criação do SUS, hoje também instituído por lei.

O direito universal à saúde, apresentado pelo SUS, aparece de forma articulada com uma política voltada exclusivamente aos direitos da criança e do adolescente na década de 1990. O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei 8.069 de 13 de julho de 1990) que em seu 1º Capítulo dispõe sobre o direito a vida e a saúde, destaca em seu 7º Artigo que

A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida 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).

Assim, é de responsabilidade do Estado garantir condições favoráveis para o desenvolvimento das crianças mediante políticas públicas que compreendam os determinantes sociais de saúde. O ECA surge em um período de retomada de direitos, após 21 anos do regime militar que se instaurou no Brasil, com os preceitos do Artigo 227 da Constituição Federal de 1988, que estabelece enquanto dever do Estado, da família e da sociedade garantir às crianças, aos adolescentes e aos jovens o acesso aos direitos sociais, além da proteção quanto a atos de negligência, violência, etc. (BRASIL, 1988), enxergando as crianças a partir de uma perspectiva de sujeito de direitos.

Na transição entre o Código de Menores e o ECA fica nítida a percepção do Estado, das famílias e da sociedade quanto a importância do cuidado da saúde e do bem estar das crianças. Compreende-se que não se pode tratar de igual maneira adultos e crianças, pois a criança e o adolescente (compreendidos pelo ECA enquanto sujeitos dos 0 aos 18 anos de idade), passam por um processo de desenvolvimento físico e mental. Sendo esse, um período que requer cuidado e atenção especial e não simplesmente punições sem fundamentos, é preciso articular medidas que deem conta das demandas desse seguimento.

Também nessa década surgem os questionamentos frente aos impactos que a conjuntura socioeconômica do país gerava na vida da sociedade, interferindo do mesmo modo na situação das crianças e dos adolescentes, visto que “[...] o foco deveria recair sobre as causas estruturais ligadas às raízes históricas do processo de desenvolvimento político-econômico do país, tais como a má distribuição de renda e a desigualdade social” (RIZZINI; RIZZINI, 2004, p.47). Os impactos sociais geram demandas que necessitam de políticas públicas que atuem próximas a realidade das comunidades vulnerabilizadas, as quais são mais prejudicadas pela desigualdade social gerada pelo sistema capitalista.

Inserido nesse sentido de aproximar as políticas públicas da população, o Ministério da Saúde, em 1991, implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), que mais tarde tornou-se Estratégia de Saúde da Família (ESF), ambos voltados ao atendimento na atenção básica, teve o intuito de aproximar a população dos serviços de saúde no território, estabelecendo o vínculo das famílias com a unidade de saúde e acompanhando o desenvolvimento das crianças nas regiões.

Em 2000, como parte do cuidado à gestante e ao bebê, é criada pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 569/GM/MS, instituindo o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, esse, por sua vez, em seu Art. 1º § único estabelece que

O Programa objeto deste Artigo [...] tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2000).

As legislações e portarias voltadas para a gestante, o recém-nascido e a criança compreendem que o processo de gravidez, parto, pós-parto e puerpério deve receber atenção especial devido aos índices elevados de mortalidade infantil e materna em nosso país, comparados aos demais países em desenvolvimento. Assim, o Brasil passou a desenvolver estratégias de enfrentamento a essas questões, assumindo o compromisso do cumprimento dos Objetivos do Milênio, oriundos da Declaração do Milênio das Nações Unidas adotadas em 2000 por aproximadamente 191 países, atendendo o quarto objetivo, a redução da mortalidade infantil; e o quinto, a melhoria quanto às questões relacionadas à saúde da gestante.

Assim, em 2004 é lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que “[...] visa monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher” (BRASIL, 2011) e, em 2009, o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, na esfera do Compromisso para Acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e na Amazônia Legal, visto que essas são as regiões em que a taxa de mortalidade infantil é mais elevada comparada ao restante do país.

Ainda em 2004, o Ministério da Saúde publicou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que tinha por objetivo o “nascimento saudável, o crescimento e desenvolvimento, o combate a distúrbios nutricionais e às doenças prevalentes na infância” (SILVA, 2014, p. 1004). A partir dessa agenda foram criadas linhas de cuidado que permitiram aos usuários maior compreensão das dimensões do

cuidado à saúde da criança, tratando de forma integral essa questão, ou seja, articulando o cuidado desde a atenção básica até a alta complexidade. Estas linhas de cuidado foram distribuídas da seguinte forma

Ações da saúde da mulher: atenção humanizada e qualificada; Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido; Triagem neonatal: teste do pezinho; Incentivo ao aleitamento materno; Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; Combate à desnutrição e anemias carências; Imunização; Atenção às doenças prevalentes; Atenção à saúde bucal; Atenção à saúde mental; Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil; Atenção à criança portadora de deficiência. (SILVA, 2014, p. 1004).

Desta forma, o Ministério da Saúde dispôs o acompanhamento integral da saúde da criança nos três níveis de complexidade do SUS, compreendendo as questões do cuidado a partir da gestação até o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida. A intenção do Ministério da Saúde ao elaborar essas linhas de cuidado foi a de reduzir os índices de mortalidade, principalmente nos primeiros meses de vida, abrangendo o cuidado durante a infância em todos os níveis de atendimento, desde a unidade básica até o atendimento hospitalar. Porém, ao nos depararmos com a realidade, é perceptível que o sistema não dá conta de atender a todos. A Unidade Básica de Saúde (UBS) ou ESF é a principal porta de entrada da população ao Sistema de Saúde, e mesmo que sejam pensadas estratégias para abranger de forma integral o cuidado desse usuário que busca o atendimento, existem pessoas que ficam de fora, pois infelizmente a conjuntura política atual vem passando por um desmonte das políticas públicas e a saúde sofre impactos, que automaticamente refletem na população.

Em 2008 a Rede Amamenta Brasil foi lançada pelo Ministério da Saúde e teve como foco promover a reflexão crítica nos profissionais de saúde que atendiam mães e bebês, principalmente na atenção básica, visando, a partir do entendimento desses profissionais, estimular o aleitamento materno entre as usuárias atendidas pelo SUS. Ao focar na atuação dos trabalhadores quanto ao incentivo do aleitamento materno, visto que este é fundamental para o desenvolvimento da criança, buscou-se romper o paradigma do modelo médico-assistencial privatista. Esse modelo tem forte influência, principalmente dentro dos hospitais, pois centraliza a questão da saúde no médico, ignorando a importância dos demais profissionais que também atuam nessa área. Segundo Palha e Villao modelo médico-assistencial privatista

[...] somente organiza as ações de saúde para uma dada oferta de atendimento, não se preocupando com a adstrição da clientela, sem o compromisso em obter impactos sobre o nível de saúde da população.

Acrescido a isso, não existe preocupação com a organização e acesso às ações e serviços de saúde, levando as instituições públicas a adotar o modelo sanitário como forma complementar para atender as demandas de cunho coletivo, ou determinados agravos através de campanhas [...]. (2003, p. 19-26).

Já em 2009, a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis foi instituída pela Portaria Ministerial nº 2.395/2009 e tinha como base, além do cuidado integral à saúde da gestante e do bebê, garantir a qualidade de vida das crianças brasileiras através de inúmeros fatores sociais, culturais, físicos e psicológicos.

Em 2011 foi implantada a Rede Cegonha, uma estratégia do governo federal que busca, através de uma linha de cuidados materno-infantil, reduzir as taxas de mortalidade materna, fetal e infantil. Instituída a partir da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha visa à implementação gradativa em todo o território nacional, respeitando os critérios epidemiológicos. Além da busca pela redução das taxas de mortalidade, essa rede de cuidados também tem a intencionalidade de descobrir as razões de mortalidade materna no intuito de evitá-las.

A partir da pactuação realizada na 8ª reunião da Comissão Intergestores Tripartite, em dezembro de 2014, foi instituída, em agosto de 2015, a partir da Portaria 1.130, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Essa política é resultado de um movimento articulado entre gestores, trabalhadores da saúde e sociedade civil que reivindicam pelo direito à saúde da criança. A política surge para reunir e articular as ações que ao longo do tempo foram direcionadas à saúde da criança e, assim, visa facilitar a conexão entre elas, garantindo a atenção integral a esse segmento, conforme veremos no próximo item.

2.2 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: princípios e diretrizes

A PNAISC surge como uma forma de reunir em uma única política todas as questões relacionadas à saúde da criança no Brasil. Desde que a criança passou a ser vista pelo Estado e pela sociedade civil como sujeito de direito, que possui suas peculiaridades e especificidades, foram elaboradas ações que objetivavam diminuir os índices de mortalidade através de medidas de cuidado que tinham início na gestação estendendo-se pela infância. Compilando todas essas ações surge a PNAISC, que pode ser considerada uma política recente, visto que é datada de 2015. Esta política aborda questões que vêm sendo

tratadas desde a década de 1990, ou seja, levou muito tempo para que as demandas relacionadas à saúde da criança deixassem de ser fragmentadas e passassem a ser abordadas dentro de uma única política. O ECA, em 2005, já havia passado por alterações e abordava em seu 11º Artigo questões referentes ao atendimento integral à saúde da criança. Porém, somente em 2016, após a PNAISC, o mesmo artigo recebeu nova redação, desta vez enfatizando o acesso integral às linhas de cuidado:

É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 2016).

A integralidade, sendo um dos princípios do SUS, só foi efetivada na saúde da criança a partir da PNAISC. Com a elaboração dessa política, a criança passou a ter o direito ao atendimento integral, a partir do conjunto de suas necessidades, e o Estado o dever de oferecer, de forma organizada, serviços de saúde que deem conta das demandas desse seguimento da população.

Ao trabalhar com questões relacionadas à saúde da criança é necessário realizar um recorte de idade e compreender a equidade como um importante fator para as ações que serão propostas. A PNAISC em seu Artigo 2º traz a intenção de proteger e promover a saúde da criança e o aleitamento materno através de “[...] cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade” (BRASIL, 2015).

A primeira infância, que nesta política recebe atenção especial, compreende crianças na faixa etária de 0 a 5 anos. Com base nessa faixa etária, identificamos programas e estratégias dos governos e municípios que voltam-se diretamente a esse público, como, por exemplo, a Rede Cegonha, em âmbito nacional, que atende crianças dos 0 aos 2 anos de idade e no estado do Rio Grande do Sul o Programa Primeira Infância Melhor (PIM), que acompanha crianças dos 0 aos 5 anos de idade. Além do atendimento às crianças de até 5 anos de idade, a PNAISC abrange nos atendimentos de serviços de pediatria no âmbito do SUS adolescentes de até 15 anos de idade.

Para sua execução a PNAISC utiliza como norteadores oito princípios apresentados em seu 7º Artigo, que são:

I – direito à vida e à saúde; II – prioridade absoluta da criança; III – acesso universal à saúde; IV – integralidade do cuidado; V – equidade em saúde; VI – ambiente facilitador à vida; VII – humanização da atenção; e VIII – gestão participativa e controle social. (BRASIL, 2015).

Esses princípios abordam questões tanto do ECA quanto da própria legislação do SUS, porém referem-se, neste caso, diretamente à saúde da criança. O primeiro princípio carrega consigo todos os demais, pois para que se tenha direito à vida e à saúde é fundamental que a criança receba atendimento de imediato ao procurar por um equipamento de saúde, assim como é fundamental que ela consiga acessar esse equipamento de forma simples para que possa ser acompanhada durante a infância em todos os níveis de complexidade da política de saúde.

A equidade em saúde é primordial, afinal, a partir desse princípio é que se possibilita que as crianças que se encontram em situações de vulnerabilidade sejam atendidas dentro dos espaços de saúde. É através da porta de entrada pelos equipamentos de saúde que se pode acompanhar e conhecer as famílias, assim, realizando encaminhamentos para que elas também sejam acolhidas pela rede nos demais espaços onde atuam as políticas públicas. O acesso é universal, no entanto é preciso identificar os casos nos quais as demandas são mais urgentes para então realizar as intervenções necessárias. Segundo Mattos

Não há dúvidas de que caminhamos muito na direção que sonhávamos, mas há muito mais a caminhar, e ainda há riscos de que num futuro, pressionados pelo estrangulamento de recursos públicos e/ou pela difusão das ideias ofertadas por algumas agências internacionais, os caminhos do SUS se afastem da concepção originária de garantir o acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços e ações de saúde. (2006, p. 47).

O Estado neoliberal dificulta o acesso, visto que incentiva o movimento privatista, reduzindo os recursos para a saúde pública, que acaba não dando conta do atendimento universal e selecionando os casos que serão atendidos, pois

À medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores público e privado criam contradições e injusta competição, levando a ideologias e objetivos opostos (acesso universal vs. segmentação do mercado), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde. (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011, p. 28).

Ao tratar a questão do ambiente facilitador à vida, a PNAISC traz a relação da saúde com todas as demais condições de vida do sujeito e, assim, aborda os determinantes sociais de saúde presentes na Lei 8.080/1990, que dispõe em seu Artigo 3º que

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990).

Levando em consideração os altos índices de mortalidade infantil das décadas anteriores, pode-se refletir que as condições sociais e econômicas foram fundamentais para que a saúde das crianças fosse preservada no período atual. Sendo assim, compreende-se que a saúde não se trata somente da ausência de doença, mas das condições de vida das pessoas para que tenham o direito ao ambiente facilitador à vida.

A gestão participativa e o controle social apresentados como parte dos princípios da PNAISC aproximam a sociedade civil para que junto dos gestores e trabalhadores da área da saúde possam contribuir para a construção desta política. A participação social está presente na área da saúde desde as primeiras lutas do movimento da Reforma Sanitária e é um componente importante da PNAISC, pois permite que a política seja organizada pelos agentes que a utilizam e atuam nela.

A política de saúde no Brasil, através da Constituição Federal de 1988, traz no Artigo 198 as diretrizes que norteiam o SUS, sendo a participação da comunidade uma delas, assim como a descentralização e o atendimento integral. A Constituição Federal, também apontada pela PNAISC, a partir da Lei 8.080/90, estabelece a “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Como parte da integralidade desta política, são apresentados no Artigo 6º sete eixos estratégicos, que têm a função de “[...] orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde [...]” (BRASIL, 2015). Dos sete eixos, iremos nos adentrar neste trabalho a análise do I, III e VII.

O primeiro eixo destacado no Artigo 6º da PNAISC dispõe

I – atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção. (BRASIL, 2015).

As ações relacionadas à gestação, ao parto, a todo o cuidado antes da criança nascer e no ato do nascimento são importantes, pois possibilitam a atenção necessária desde a

descoberta da gravidez. São meses de preparação, de cuidado com a saúde da criança e da gestante para que o nascimento ocorra da melhor forma. Para que isso seja possível, as unidades de saúde e os profissionais que atuam nesses espaços devem estar preparados para realizar a acolhida da gestante. O vínculo entre a equipe e a usuária do serviço deve ser estabelecido para que haja uma relação de confiança e apoio. Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), é necessário que os profissionais de saúde incorporem o acolhimento nos atendimentos, visto que ele “[...] tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva.” (BRASIL, 2013).

O eixo número III aborda a questão do cuidado integral a partir da promoção e do acompanhamento, do crescimento e do desenvolvimento da criança, pois

[...] consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do ‘Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)’, pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da ‘Caderneta de Saúde da Criança’, incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares. (BRASIL, 2015).

O cuidado intensificado na primeira infância deve-se ao fato das taxas de mortalidade infantil serem mais comuns neste período. A atenção integral nesses primeiros meses de vida contribuí efetivamente para que a qualidade de vida das crianças seja garantida, promovendo o cuidado com as questões de higiene, alimentação, saneamento básico, aleitamento materno, dentre outros fatores como o diagnóstico precoce e vias de tratamento de patologias ainda no período perinatal. O acompanhamento do crescimento dessas crianças deve ser feito pela rede de atenção básica, que está mais próxima das famílias, incluída no território. Esse contato mais imediato possibilita “[...] compreender e operacionalizar a abordagem integral do processo saúde-doença e responder de forma mais efetiva aos problemas de saúde da população” (PRADO; FUJIMORI; CIANCIARULLO, 2007, p.400). Assim, a equipe da atenção básica tem maiores condições de compreender as necessidades das famílias que atende e, ao identificar as demandas, buscar meios para resolvê-las.

Como uma forma de combater os índices de mortalidade infantil, apresentados no eixo VII “vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno [...]” (BRASIL, 2015), o Estado criou estratégias como a Rede Cegonha. É necessário realizar a vigilância e assim identificar as causas das mortes, buscando meios de enfrentar e prevenir aquilo que for viável, com a intenção de reduzir os óbitos infantil, fetal e materno. A partir da relação de todos os componentes presentes na PNAISC, é possível criar meios para combater esse fator. A promoção e a proteção de saúde estão diretamente ligadas aos determinantes sociais presentes

na legislação do SUS, visto que o processo saúde-doença é reflexo das condições de vida do sujeito. Conforme a Constituição Federal de 1988, o conceito de saúde apresentado no Artigo 196 dispõe que

A saúde é 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. (BRASIL, 1988).

A integralidade da PNAISC perpassa pelos princípios e eixos trabalhados quando se tratado direito ao atendimento conforme a necessidade do usuário ao abordar os determinantes sociais de saúde que condicionam a possibilidade da criança ter qualidade de vida, a partir de medidas públicas que enfrentem a situação que possa colocar em risco a vida e a saúde desse seguimento; ao identificar a importância do vínculo e do acolhimento dos usuários pelas equipes de saúde; e ao discutir a questão do acompanhamento desde a gestação até os 9 anos de idade em todos os níveis de complexidade do SUS. Mais do que um princípio do SUS, a integralidade é um princípio do movimento da Reforma Sanitária, que visa ampliar o olhar para além das questões preventivas e curativas direcionando-se às necessidades pautadas na promoção de saúde, trata-se, portanto, de um conjunto de valores preconizados a partir de um projeto societário mais justo e solidário.

No próximo item, o conceito da integralidade será abordado para que seja especificada a sua importância na área da saúde, trazendo os elementos que o compõe e que o tornam um dos princípios fundamentais para a efetivação do SUS.

2.3 O Conceito de Integralidade na Política de Saúde

A política de saúde, através do SUS, constitui-se enquanto direito social a partir do que está preconizado no Artigo 6º da Constituição Federal de 1988, sendo de responsabilidade do Estado garantir à sociedade o acesso aos recursos e serviços de saúde. O SUS, enquanto materialização desta política, aponta a descentralização, possibilitando aos municípios a organização dos recursos conforme as demandas identificadas, portanto, possibilita a descentralização aos municípios sem que o governo estadual e a União percam a responsabilidade diante dessa política que é parte do tripé da Seguridade Social e que “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1991). A legislação também ressalta como um de seus princípios a

participação social, que visa incluir a população usuária, trabalhadores e gestores nas decisões referentes à política. Outro princípio importante é a integralidade, defendida desde o movimento da Reforma Sanitária e garantida pela Lei 8.080/90, no II princípio do Artigo 7º.

O cuidado integral em saúde parte do pressuposto da assistência ao usuário e visa enxergar através de um viés social o sujeito que utiliza os equipamentos de saúde. A integralidade, segundo Gomes apresenta-se “[...] como um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde. Integralidade não como um conceito, mas como um ideal regulador, um devir” (2004, p. 1080). Ela está presente desde o modo como os profissionais de saúde unem seus saberes no intuito de realizar atendimentos interdisciplinares que contemplem todas as necessidades do usuário, até a questão do acesso, facilitando a inserção do usuário em todos os níveis de complexidade que sejam identificados como demanda para a promoção da qualidade de vida.

Para compreender a integralidade é necessário compreender o conceito ampliado de saúde, visto que as questões econômicas, sociais e culturais são essenciais para garantir a qualidade de vida da população, indo muito além do processo saúde-doença. Conforme Hoffmann:

[...] a saúde passa a ser entendida como resultante dos modos de organização social da produção, como efeitos da composição de diversos fatores, exigindo que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas. (2011, p.24).

A integralidade deve ser compreendida a partir da visão micro para a visão macro. Ela está presente nos equipamentos de saúde, principalmente da atenção básica, quando se estabelece o vínculo do usuário com a unidade de saúde e os profissionais que a compõe. Nesses espaços ela se apresenta no micro, pois foca naquilo que deve ser tratado pelas equipes, segundo Cecilio “Toda a ênfase da gestão, organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender às necessidades de saúde [...]” (2006, p.120). É necessária uma preparação dos trabalhadores da área da saúde para que estejam atentos às demandas que podem ser apresentadas pelo usuário. Esse profissional deve compreender que a pessoa que procura pelo serviço de saúde traz consigo diversas questões que talvez não estejam explícitas na questão biológica, enquanto corpo doente, mas que precisam ser identificadas e tratadas a partir da escuta, do olhar atento. São questões fragmentadas que compõe a totalidade daquele sujeito.

Quanto a visão macro da integralidade, é fundamental que possamos enxergar as questões de saúde para além da política de saúde. É preciso compreender que a qualidade de

vida está diretamente relacionada às demais políticas sociais, e que é necessário que caminhem todas juntas para que o usuário tenha garantido o direito à saúde. Porém, com a atual conjuntura do Brasil, com o desmanche das políticas sociais, dar conta das necessidades da população tem sido uma tarefa difícil.

A partir da visão macro também compreende-se a questão do acesso a todos os níveis de complexidade. O usuário tem o direito de acessar os serviços, da atenção básica à alta complexidade, da forma que compreender ser necessário. Deve estar à disposição dele a possibilidade de ser acompanhado em todos os níveis, da unidade de saúde localizada no bairro até o hospital de referência. Não se tem atenção integral em um único espaço de atendimento, a integralidade é um conjunto de ações que visa acompanhar o usuário integralmente, seja nos equipamentos de saúde ou nos equipamentos da rede socioassistencial. Nesse sentido, compreende-se que a rede socioassistencial é o um conjunto de equipamentos que executam os programas, serviços, projetos, fazendo parte das políticas públicas (NOB-SUAS- MDS, 2005).

Como forma de articular esses serviços, administrados por diferentes espaços de proteção social e com diferentes níveis de atendimento, tanto na Política de Assistência Social como na Política de Saúde, vem a concepção de rede, tornando o atendimento sincrônico entre as políticas, objetivando o bem-estar do usuário. A importância de acompanhar o usuário através da rede ganha destaque em algumas profissões, como no Serviço Social, que no documento “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde”, elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), estabelece, enquanto uma das competências do Serviço Social, “facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais [...]” (2010, p.30). Somente se faz saúde quando existe o trabalho em rede, ou seja, a atenção integral não se limita a uma política, mas deve ser “[...] pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, num lugar só [...]” (CECILIO, 2006, p. 121).

O trabalho nas equipes de saúde deve se dar de forma interdisciplinar, possibilitando o debate, o diálogo e a troca de informações entre profissionais de diferentes áreas que atendem o mesmo usuário, pois a percepção do outro é sempre um complemento do ponto de vista que se tem. Da mesma forma, deve-se compreender a importância da intersetorialidade, pois é através dela que se materializa a “[...] articulação entre os diversos setores e serviços que compõem as diferentes políticas sociais tendo em vista a garantia da saúde como direito [...]” (MARTINS, 2016, p. 27), visto que o usuário não deve estar

amparado apenas em um espaço, mas deve ser assistido pelos diferentes equipamentos da rede, assegurando a efetivação de seus direitos.

A integralidade na Política de Saúde abrange diferentes aspectos que unidos caracterizam a sua definição. Ela trata das questões biológicas, do direito ao acesso, ao atendimento, mas consegue ir além do que está posto e trabalhar com base no conceito ampliado de saúde. Como exemplo disso, temos o Artigo 6º da PNAISC, que dispõe da importância dos

[...] determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças [...]. (BRASIL, 2015).

As ações que visam assegurar a integralidade da atenção, compreendem que a equipe de saúde deve enxergar o usuário de forma integral, dedicando-se a identificar as necessidades trazidas por ele. Nem sempre essas necessidades estarão relacionadas ao que está posto pelo sujeito como o atendimento clínico, o acesso a medicação ou a exames e consultas médicas, mas por vezes irá se apresentar de outras maneiras. Serão demandas específicas que virão acompanhadas de necessidades, as quais somente serão compreendidas através do comprometimento dos profissionais de saúde, da escuta sensível das questões trazidas pelos usuários e do entendimento da totalidade daquele sujeito.

Haverá situações em que o sujeito irá procurar pelo atendimento em busca de recursos para as dificuldades que estão relacionadas à sua condição de vida. Situações como a gravidez na adolescência, por exemplo, que necessita do acompanhamento de saúde, mas que também pode revelar outros fatores, como um desejo da adolescente de ser percebida pelo Estado, pela comunidade ou pela família. As equipes de saúde podem encontrar dificuldades ao abordar a temática da gravidez na adolescência junto às famílias usuárias, visto que esse assunto ainda hoje está atrelado a diversos tabus. Além disso, existe toda uma questão de planejamento durante a gestação e após o nascimento, situações que envolvem a vida da adolescente e do bebê, e que irão demandar intervenções por parte dos profissionais que acompanham essa mãe adolescente. Nesse sentido, o acompanhamento da atenção obstétrica e neonatal pode ser identificado pela PNAISC, que foi formulada com base no princípio da integralidade e em seus eixos estratégicos, dispostos no Artigo 6º, estabelece

I - atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-

natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção. (BRASIL, 2015).

Assim compreende-se que o planejamento da usuária juntamente com a equipe da atenção básica é tão importante quanto a relação dessa equipe com os demais espaços de atendimento pelos quais a gestante irá passar (média e alta complexidade), desta forma, estabelecendo o trabalho em rede, visando a qualificação do atendimento ao usuário. Os profissionais dos espaços de saúde que serão utilizados por esses sujeitos devem estar preparados para recebê-los, principalmente nos equipamentos da atenção básica, que são a porta de entrada para o usuário

As equipes destes locais devem receber qualificação apropriada para atuar a partir das legislações que asseguram o direito à integralidade da atenção, como na PNAISC, visando acolher, acompanhar e, a partir do trabalho humanizado, orientar e qualificar as ações e serviços de saúde (BRASIL, 2015). Somente através da qualificação dos profissionais e da participação dos usuários na gestão da política de saúde será possível garantir o direito do acesso integral às ações de saúde, de modo que a efetivação da política de saúde esteja atrelada às demais políticas visando garantir a proteção social necessária aos usuários.

3 A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO: a materialização da atenção integral com as mães adolescentes da unidade de tratamento intensivo neonatal (UTINeo)

O período de estágio obrigatório no curso de Serviço Social pode ser considerado um dos momentos mais importantes da graduação. É nessa fase que nos inserimos nos espaços sócio-ocupacionais e nos deparamos com a realidade da prática, é nela que aparecem os desafios e os momentos de superação frente à precarização do trabalho. Independente da política na qual estaremos inseridos durante o processo de estágio, é preciso que estejamos preparados para as situações que irão aparecer, sejam elas positivas ou negativas.

A área da saúde foi um dos primeiros campos no qual o assistente social esteve inserido, sendo ainda hoje um espaço importante para a atuação profissional. O relato deste capítulo será com base em uma experiência de estágio obrigatório realizado no Hospital da Criança Conceição, um equipamento de saúde de alta complexidade, onde foi realizado um projeto de intervenção elaborado para as mães adolescentes com bebês internados na UTINeo. Assim como iremos abordar a questão dos instrumentais técnicos utilizados no campo de estágio como forma de efetivação de direitos a partir da instrumentalidade da profissão.

3.1 Relato da prática de estágio em um equipamento de saúde de alta complexidade

O período de estágio possibilita ao estudante fazer a relação entre teoria e prática, levando a reflexão do fazer profissional. É nesse momento da graduação que o futuro assistente social se depara com a realidade, com os impactos da precarização do trabalho, com os movimentos de co-relação de força dentro dos espaços sócio-ocupacionais. A expectativa de pôr em prática o conhecimento adquirido dentro de sala de aula cria no estudante um ideal romantizado da profissão que somente a vivência do estágio é capaz de romper. Ao escolher o Serviço Social, deve-se estar ciente de que nessa profissão irão aparecer muitos desafios, porém é também através dela que se enfrentam as desigualdades sociais e busca-se um futuro mais justo e igualitário para todos. Esse é o combustível que leva o estagiário a desenvolver um trabalho pautado na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/93) e no Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS nº 273/93), demonstrando compromisso com os usuários e com a efetivação das políticas sociais.

Ao estagiar na Política de Saúde, sendo essa uma das políticas que compõe o tripé da Seguridade Social, é preciso compreender o papel fundamental que ela exerce na vida da população usuária. Atuar em um espaço que comporta essa política requer atenção e cuidado para que sejam desenvolvidas medidas que efetivem esse direito.

O Hospital da Criança Conceição (HCC) é uma instituição de saúde de média e alta complexidade, sendo a alta complexidade o

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 32).

O HCC é o único hospital geral pediátrico 100% SUS do Rio Grande do Sul, ele faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), juntamente com mais quatro hospitais, doze postos do serviço de saúde comunitária, três Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Centro de Educação Tecnológica e de Pesquisa em Saúde - Escola GHC. O HCC conta com seis andares de unidades de internação e mais três anexos com internação clínica nos quais as crianças internadas ficam subdivididas por faixa etária. Dos seis andares de internação, o segundo andar atende a Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIPed) e o quinto andar a UTINeo que é referência no estado, pois recebe bebês recém-nascidos de todo o Rio Grande do Sul.

A UTINeo interna bebês recém-nascidos por diferentes causas, seja por prematuridade (em sua maioria) ou por alguma questão clínica de saúde. Essa foi a unidade escolhida para a execução do projeto de intervenção, construído ao longo do estágio obrigatório, que ocorreu de março de 2015 a junho de 2016, na instituição. A escolha se deu a partir de uma inquietação referente às demandas advindas da equipe da UTINeo para a assistente social, solicitando por vezes o acompanhamento das mães adolescentes com bebês internados na unidade.

Analisando os atendimentos a essas mães adolescentes foi sinalizada a existência de rotinas e fluxos específicos, nos quais era solicitada a presença do responsável legal da adolescente para que também ficasse como responsável pelo bebê. Com a grande demanda e a necessidade de um atendimento que tivesse como foco a mãe adolescente e o bebê, surgiu a ideia de elaborar um projeto de intervenção do Serviço Social do HCC voltado a esse seguimento de mães da UTINeo. Assim, o projeto construído ao longo do estágio, intitulado por “EU MÃE? – A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL” teve como público alvo as mães adolescentes de 12 a 17 anos de idade,

com bebês internados na UTINeo do HCC, considerando como adolescentes, segundo o ECA (Lei nº8.069/1990), os sujeitos com idade entre 12 a 18 anos.

Na elaboração deste projeto foi proposto o acolhimento às mães adolescentes e a criação de um instrumento para as entrevistas. Esse instrumento foi utilizado nas entrevistas como uma aproximação inicial, nas quais foi possível colher os primeiros dados referentes a família do bebê. A proposta do projeto visava acolher todas as mães adolescentes cujos bebês dessem entrada na UTINeo. Sendo assim, foi utilizado no projeto de intervenção o acolhimento, enquanto parte do atendimento humanizado, preconizado pela PNAISC, atuando como facilitador das relações entre os profissionais de saúde e os usuários. Santos (2006) compreende o acolhimento a partir da perspectiva da atuação do assistente social como

[...] um processo de intervenção profissional que incorpora as relações humanas. Não se limita ao ato de receber alguém, mas a uma sequência de atos dentro de um processo de trabalho. Envolve a escuta social qualificada, com a valorização da demanda que procura o serviço oferecido, a identificação da situação problema, no âmbito individual, mas também coletivo. (SANTOS, 2006, p. 58).

No referido estágio curricular, acolher a usuária demandou uma postura do profissional, visto que foi necessário preparo e competências técnicas para utilizar essa diretriz da política de humanização nos atendimentos. Além disso, para que de fato se materializasse o princípio do acolhimento, foi necessário o acompanhamento da usuária e sua família, uma vez que somente acolher em um momento inicial não constituía o cuidado integral em saúde. Através dos atendimentos, com a entrevista e a escuta qualificada do acolhimento, foram surgindo demandas que solicitavam intervenções do Serviço Social.

A procura espontânea pelo atendimento com a assistente social não era algo comum. A maior parte dos atendimentos tinha início através das consultorias² solicitadas pela equipe do andar e a partir delas o Serviço Social procurava a adolescente a fim de acolhê-la. Com base nesse processo foram estabelecidos os objetivos para o projeto de intervenção, sendo o objetivo geral: Estabelecer um novo fluxo de atendimento para as mães adolescentes da UTINeo. E como objetivos específicos:

- Criar um instrumento de entrevista específico para o atendimento das mães adolescentes;
- identificar as demandas referentes ao Serviço Social nos atendimentos dessas mães;
- orientar as mães adolescentes com referência aos seus direitos específicos;

² Ferramenta do sistema utilizado no Hospital da Criança Conceição, que permite que o profissional de determinada área da saúde solicite uma consultoria, quando identificar a necessidade, a outro profissional para o acompanhamento do paciente.

- propiciar o diálogo entre os profissionais da UTINeo e do Serviço Social referente a temática desse projeto.

Para a realização do objetivo principal do projeto, que consistiu em estabelecer um novo fluxo de atendimento para as mães adolescentes, foi elaborado um instrumento que seria utilizado nas entrevistas iniciais. A ideia da elaboração do formulário teve em vista a importância desse instrumento no processo da entrevista, pois “possibilita a tomada de consciência pelos assistentes sociais das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos” (LEWGOY; SILVEIRA, 2007, p.245).

Esse instrumento teve grande importância para o projeto de intervenção, pois através das informações obtidas a partir dele, foi possível conhecer a realidade das usuárias atendidas e realizar os encaminhamentos conforme a necessidade de cada caso. A entrevista, como parte da acolhida da usuária, constituiu-se enquanto o momento de aproximação para que fossem passadas as orientações e rotinas do hospital, assim como era nessa ocasião que as primeiras informações sobre a adolescente e a família eram coletadas. Conforme o documento elaborado pelo CFESS intitulado Parâmetros Para a Atuação do Assistente Social na Saúde entende-se que a partir da entrevista é possível

[...] construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde. (CFESS, 2010, p.45).

Para o seguimento do projeto, o ideal seria o trabalho interdisciplinar e intersetorial, pois sozinho o Serviço Social não daria conta de resolver todas as questões trazidas pelas adolescentes e suas famílias. A análise da conjuntura dos atendimentos foi importante para entender o que estava além da aparência dos fenômenos expostos. Compreendendo a totalidade enquanto um todo estruturado que se desenvolve de forma contínua e processual (KOSIK, 1989), foi necessária a aproximação da realidade das usuárias através da entrevista, para que se tivesse a percepção de uma série de elementos que compõe a adolescente enquanto ser social.

A aproximação com as usuárias, através do acolhimento e da entrevista, foi primordial para que se estabelecesse a relação de vínculo entre profissional e usuário. A partir dessa aproximação, foi possível compreender a realidade vivenciada pela adolescente e junto com ela analisar e elaborar meios de intervir. Um exemplo ilustrativo da importância da

entrevista para a intervenção pode ser percebido através do caso de uma adolescente que foi encaminhada pela equipe da UTINeo ao Serviço Social. Essa adolescente bateu na porta do Serviço Social relatando que a médica do seu filho havia lhe sugerido procurar pela assistente social para que conseguisse voltar para casa. Ao acolher a adolescente, percebeu-se que ela tinha dificuldade em compreender as perguntas que eram feitas para o preenchimento do formulário. Durante o atendimento a médica que estava acompanhando o bebê dessa adolescente entrou em contato com o Serviço Social e enviou uma consultoria na qual relatava a dificuldade que a equipe do andar estava tendo em comunicar-se com aquela mãe.

A adolescente em questão apresentava alguma questão cognitiva que dificultava o entendimento das informações que eram passadas para ela. Ainda que com certa dificuldade, foi possível dar seguimento a entrevista e a adolescente trouxe algumas questões relevantes para que fosse possível compreender a situação. Ela residia em Alvorada com duas irmãs mais velhas e um cunhado. Anteriormente havia sido abrigada junto com mais três irmãos menores de idade e recentemente, ao completar 18 anos, saiu do abrigo e foi para a casa da irmã. A mãe vivia em Porto Alegre e no dia que ganhou o bebê a adolescente estava junto dela. Mãe e bebê receberam alta e três dias depois a criança reinternou. A adolescente não tinha como comunicar a família e passou a noite no hospital, por isso queria ir para casa, pois também estava sem comer. Foi orientada pela profissional (estagiária de Serviço Social) quanto ao direito a alimentação, porém ressaltou que tinha medo de se perder dentro do hospital e por isso não foi jantar no refeitório na noite anterior. O vale-transporte disponibilizado às mães da UTINeo é válido somente para a cidade de Porto Alegre e não era útil para a adolescente. Ao consultar o sistema do hospital teve-se acesso aos telefones para contato do prontuário do bebê. Através de uma ligação foi possível localizar a mãe da adolescente que prontamente se dispôs a ir ao encontro da filha, ressaltando que ela não saberia voltar para casa sozinha. Após ser comunicada de que a mãe estaria vindolhe encontrar, a adolescente começou expor algumas situações complexas desua vida. Relatou o desejo de conviver com o outro filho, que segundo ela estava abrigado. Ao dar abertura para o diálogo, foi questionada sobre o período em que esteve abrigada e em que contexto perdeu a guarda do primeiro filho. A partir de seu entendimento expôs que ela e os irmãos não frequentavam a escola e pediam dinheiro nas ruas, por isso foram acolhidos. Ela fugiu do abrigo e engravidou, não soube explicar como teve o bebê, apenas transmitiu a informação de que o filho teria sido levado pelo Conselho Tutelar.

A mãe da adolescente chegou ao Serviço Social e através dela tentou-se compreender de forma mais clara as situações apresentadas. Essa senhora então ressaltou que

a filha “deu sorte”, pois coincidentemente ela estava de folga do trabalho naquele dia. Através dessa mãe buscou-se esclarecimento quanto às questões trazidas pela adolescente, porém a senhora também não explicitou de forma clara os acontecimentos relatados anteriormente. Orientou-se que a adolescente buscasse pelo transporte junto a Secretaria de Saúde de Alvorada e lhe foi disponibilizado um documento redigido pelo Serviço Social, no qual constavam as informações da mãe e da criança para que fosse realizado o encaminhamento. Solicitou-se o retorno da adolescente e de sua mãe ao Serviço Social, para que se desse continuidade ao acompanhamento daquela família, que apresentava questões relevantes de vulnerabilidade.

Ao contatar a equipe do andar, os médicos e as enfermeiras relataram que a adolescente mostrava-se afetuosa com a criança, porém não conseguia absorver as informações referentes ao seu cuidado. Mãe e bebê haviam recebido alta recentemente sem apresentar questões de doença. Porém, retornaram três dias após a alta com a criança desnutrida e desidratada. Com a intenção de compreender o contexto da situação, assim como as questões apresentadas pela família, foi necessário dialogar com outros profissionais que já acompanhavam a adolescente e o bebê no território. A UBS de referência da família foi localizada através das questões do formulário de entrevista. Compreende-se a importância do registro e da documentação para o Serviço Social desde a origem da profissão e, neste caso, a utilização do formulário como instrumento para a coleta de informações, foi primordial no atendimento. Para o Serviço Social a documentação trata-se de um “[...] componente intrínseco do exercício profissional qualificado [...]” (MATOS, 2013, p.118), que, por sua vez, deve objetivar a intenção da intervenção profissional para que não seja apenas parte burocrática do trabalho (MATOS, 2013). Em contato com a enfermeira da UBS foi questionado sobre a situação de saúde da adolescente, assim como sobre o pré-natal do bebê. A profissional da UBS relatou que a família da adolescente vive de forma precária, em uma casa com esgoto a céu aberto e que a adolescente já havia recebido encaminhamento para tratamento psiquiátrico e neurológico, porém a família negava a situação de adoecimento da menina. Também foi contatado o Conselho Tutelar para que se tivesse melhor entendimento quanto as situações de institucionalização da adolescente e de seu primeiro filho.

Mesmo com essas movimentações e alguns encaminhamentos realizados como o do transporte, no final de semana o bebê recebeu alta e não era mais possível dar seguimento às entrevistas. Foi então debatido o caso com a supervisora de campo e encaminhou-se ao Conselho Tutelar um relatório solicitando o acompanhamento da família da adolescente. Consistem em ações a serem desenvolvidas pelo assistente social, conforme o CFESS,

“facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação” (2010, p.45), sendo assim, a UBS de referência da família também foi comunicada sobre alta e requisitada a acompanhar o bebê através das visitas domiciliares dos agentes de saúde. Entrou-se também em contato com o CRAS de referência do território da adolescente e o caso da família foi passado para que a equipe do serviço estivesse a par da situação. Por meio dessas ações buscou-se garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços.

Situações como a citada acima reafirmam a importância do acolhimento e da entrevista, pois uma demanda imediata de solicitação de transporte trazia consigo questões muito mais complexas. A falta de tratamento adequado para a adolescente que claramente apresentava questões de saúde mental, ressalta a negligência perante a situação. Constitui-se enquanto competência do assistente social “orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos” (BRASIL, 1993), sendo a saúde um direito universal, é dever do assistente social buscar meios que garantam o acesso do usuário à Política de Saúde. Quando a família nega esse direito ao indivíduo, a situação torna-se ainda mais complexa, pois “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades” (BRASIL, 2001) é um direito previsto em lei às pessoas portadores de transtornos mentais. A partir da dimensão teórico-metodológica, o assistente social apreende questões abordadas pelo ECA e pelas demais políticas que amparam as necessidades e os direitos do usuário, e tendo-as como base é capaz de articular intervenções (técnico-operativo) que deem conta das demandas apresentadas.

Outro fator relevante trata-se da rotatividade presente nos equipamentos de alta complexidade. Esse fator dificulta o acompanhamento das famílias, pois quando a criança recebe alta retorna ao seu território, por isso é tão importante o trabalho em rede e a articulação com a equipe da unidade. A desarticulação com a equipe pode ser considerada como um empecilho para casos como este, pois, mesmo que a situação clínica esteja regular, as questões de vulnerabilidade social necessitam de atenção. A alta médica e a alta social devem acontecer concomitantemente, pois quando o assistente social sinaliza nas evoluções do prontuário do paciente/usuário que as condições sociais para alta não são favoráveis, cabe a equipe atuar de forma interdisciplinar e somente liberar o usuário quando todas as questões forem resolvidas (CFESS, 2010).

Mesmo situando os atendimentos, percebeu-se que a vinculação com a equipe (técnicos, médios, residentes de medicina, enfermeiras e técnicas de enfermagem) do andar se

deu de forma parcial, pois ainda que alguns profissionais soubessem da atuação do projeto com as mães adolescentes, outros não tinham noção da existência do mesmo. O projeto não foi divulgado para a equipe da do andar, ele apenas foi apresentado de forma breve para alguns médicos e residentes de medicina em situações nas quais foi preciso discutir os casos das mães adolescentes. A interlocução entre as equipes dentro do hospital falha a partir do momento em que os “três poderes” da saúde atuam com diferentes perspectivas de interesse sobre a situação posta. Entende-se por “três poderes em saúde”, o poder Político, o Administrativo e o poder Técnico. O poder Político, conforme Testa (1987 apud GIOVANELLA, 1990, p.7) é considerado enquanto ideologia, tomando decisões estratégicas, levando em consideração a missão proposta pela organização. Já o poder Administrativo tem

[...] como pressuposto um "poder econômico", onde o dinheiro é equivalente universal. Recursos financeiros, porém, não podem ser mecanicamente considerados como equivalentes de todos os recursos, de todas as capacidades. Uma capacidade administrativa não compreende apenas uma disponibilidade de recursos financeiros, mas, também, a organização e gestão dos chamados "recursos-humanos", a força de trabalho — habilidades adquiridas que transcendem, sem dúvida, à questão financeira. Esses outros recursos são capacidades que só podem ser colocadas em ação a partir da disponibilidade dos recursos financeiros, mas que não se confundem com estes. (TESTA, 1981 apud GIOVANELLA, 1990, p.7).

O poder Técnico se dá através da “[...] análise dos grupos sociais que manejam cada tipo de informação em cada espaço [...]” (TESTA, 1987 apud GIOVANELLA, 1990, p.8.), sendo esse o poder no qual estão inseridas as profissões atuantes na instituição, como o Serviço Social. A hierarquia institucional dificulta a relação entre os “três poderes”, a falta de articulação propicia o

[...] conflito entre forças sociais com diferentes interesses e com uma visão particular sobre a situação-problema na qual se planeja, fazendo parte do processo de planejamento a análise e a construção da viabilidade política (GIOVANELLA, 1990, p. 129-130).

Considera-se a partir do exposto sobre os “três poderes em saúde”, que houveram falhas na execução do projeto, visto que ocorreram divergências entre dois seguimentos que compõem o poder Técnico. O Serviço Social e a equipe técnica da UTINeo (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) não dialogavam e essa ausência de comunicação impedia, muitas vezes, a compreensão do atendimento realizado pelo Serviço Social com as mães adolescentes. Dessa forma as propostas do projeto de intervenção não foram apreendidas pela equipe da unidade de internação. Ao individualizar o seu saber, sem que se possa interagir com os demais saberes, a equipe técnica da unidade impossibilitou a

efetividade de um dos objetivos do projeto de intervenção, o qual previa a interlocução entre as equipes da unidade de internação e do Serviço Social.

Ao particularizar as questões da usuária e do bebê, conforme cada área técnica de atuação, os profissionais deixaram de debater o caso e negaram ao usuário o direito de ser atendido de forma integral. O saber médico ainda prevalece sobre os demais, visto que na área da saúde existe uma disputa entre o Projeto Privatista e o Movimento da Reforma Sanitária, sendo que o primeiro estabelece o conhecimento médico como o centralizador da Política de Saúde. Como consequência do Projeto Privatista, surge o modelo médico-assistencial privatista, configurando poder ao saber médico em detrimento das demais áreas técnicas que atuam na área da saúde.

A lacuna entre as equipes é prejudicial para o atendimento da população usuária, pois a partir da interdisciplinaridade seria possível enxergar as usuárias de forma integral, sem que suas questões fossem fragmentadas pelo saber de cada profissional. A interdisciplinaridade pressupõe que se entenda o sujeito a partir de sua totalidade, compartilhando os saberes de cada profissão, trabalhando com base na visão de mundo, objetivando articular ações em conjunto para o benefício do usuário. Conforme os autores:

[...] ao significar reciprocidade e mutualidade, exige relações sociais horizontais, diferentes do posto no modelo assistencial de saúde tradicional, hegemônico. Significa ouvir/processar o que o outro diz/pensa e conhece, e mais do que isso, implica trabalhar com o pensar do outro, introjetar novos/outros conhecimentos, para a partir daí criar novas práticas, isto é, atuar de forma “nova” e criativa. (TEIXEIRA; NUNES, 2009, p.125).

Os conflitos que se estabelecem dentro dos equipamentos de saúde são reflexo das relações na sociedade. Com base nessa premissa, compreende-se que as ações profissionais podem ser interpretadas através do ponto de vista da totalidade, ou seja, com base

[...] em suas múltiplas relações com a esfera da produção/reprodução da vida social, com as instâncias de poder e com as representações culturais – científicas e ético-políticas – que influenciaram e incidiram nas sistematizações da prática e ações profissionais, ao longo do tempo. (IAMAMOTO, 2014, p.191).

A prática profissional, tanto do Serviço Social quanto das demais profissões, remete-se a ideia do projeto de sociedade trabalhado por cada profissão. É com base na visão do projeto societário que se define qual a concepção de saúde que se pretende atingir através das ações profissionais. Entender de forma integral esse processo, visando os direitos do

usuário, considerando a saúde através do conceito ampliado, é uma forma de iniciar a mudança do modelo assistencial, já abordado anteriormente.

A integralidade na saúde ressalta a importância da interdisciplinaridade, visto que a partir dessas equipes que atuam nos equipamentos de saúde articula-se a “[...] busca de totalidade do conhecimento, como uma crítica veemente à sua fragmentação; à institucionalização e aprisionamento do saber nas academias e à crescente valorização ‘per si’ do saber técnico” (GOMES; DESLANDES apud MINAYO, 1994, p.105).

Uma importante dificuldade encontrada durante o estágio foi a questão da identificação das mães adolescentes na unidade da UTINeo, pois não existia um espaço no prontuário da criança atendida que sinalizasse que a mãe era adolescente. A unidade é composta por 30 leitos, pesquisar diariamente a situação de cada criança para localizar a idade da mãe não fazia sentido. O fluxo contínuo de internações e altas nos equipamentos de alta complexidade são fatores relevantes, pois não é possível acompanhar uma família por muito tempo e os atendimentos “[...] em geral, se constituem em uma ação única, já que é imprevisível saber se o assistente social terá outro contato com o usuário” (MATOS, 2013, p. 61). Desta forma são de extrema importância os encaminhamentos para a rede socioassistencial, já que dessa forma a mãe adolescente e seu filho continuarão sendo acompanhados em seu território.

Ao decorrer do processo de estágio a compreensão do fazer profissional e a importância do Projeto Ético-Político do Serviço Social para a objetivação da prática, foram fundamentais. Muitas vezes, a caracterização da atuação profissional nos espaços de saúde remete-se ao modelo médico-assistencial privatista, que busca ser superado, porém ainda interfere no modo de organização do trabalho coletivo em saúde que, por sua vez, “[...] se configura por meio de várias ações profissionais fragmentadas, sobrepostas, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, tendo como objeto de suas ações a doença e não a saúde propriamente dita” (MATOS, 2013, p.62). O processo de trabalho torna-se alienante e as ações profissionais sucedem em condutas isoladas. Dentre os motivos que levam os profissionais a serem engolidos pelo processo de trabalho estão a “baixa remuneração; precarização do trabalho; aumento e diversificação das atividades; redução de pessoal e carga horária excessiva” (CFESS, 2010, p.42). Dar conta das demandas e das atividades cotidianas passa a ser um desafio, pois o profissional está implicado naquele processo.

É fundamental que o assistente social compreenda que o exercício profissional não deve findar na viabilização de acesso aos direitos, nem se limitar à resolução de demandas imediatas dos usuários. Marx dizia que “toda ciência seria supérflua se a forma de

manifestação [aparência] e a essência das coisas coincidissem imediatamente” (MARX, 1985 apud NETTO, 2009, p. 8), assim sendo, trazer à luz um fenômeno requer a compreensão de sua essência, a partir dos fundamentos que representam a sua natureza, desta forma, pretende-se ir além da imediaticidade exposta pelos fatos. Neste sentido, é preciso que o exercício profissional esteja vinculado na direção do projeto ético-político profissional e do paradigma da Reforma Sanitária, visando romper com as “[...] abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente” (CFESS, 2010, p.34). A reflexão do profissional quanto a esse processo nem sempre é viável, devido à precarização do trabalho que por vezes impossibilita esse movimento. Perceber que a profissão ainda busca a efetivação do projeto ético-político é parte da reflexão do assistente social, pois “[...] não significa que tal projeto esteja consumado ou que seja o único existente no corpo profissional” (NETTO, 2009, p.156). É necessário encontrar meios que possibilitem a execução do projeto ético-político, através de práticas técnico-operativas que orientem o fazer profissional, no sentido de consolidá-las.

O CFESS, no intuito de articular os profissionais para a atuação na Política de Saúde, criou um documento onde estão elencadas as atribuições do assistente social nessa política. Sabe-se que o assistente social em seu exercício profissional não possui metodologias que sejam exclusivas para determinada área, visto que a teoria é dinâmica para ser utilizada nos diferentes espaços de atuação. Porém, é possível reconhecer as particularidades de cada política social e atuar com base nelas. A aproximação com a prática, através do estágio obrigatório, possibilita a análise do papel que a profissão ocupa na Política de Saúde. O assistente social atua nas lacunas existentes no SUS, seu trabalho é demandado a partir do momento em que a Política de Saúde não dá conta de implantar articulações e interações das ações de saúde. No entanto, a partir de Yamamoto (2014), entende-se que a profissão atua em um contexto de tensão, no qual existe a falha dos direitos sociais básicos, ocasionada pela produção da desigualdade atribuída ao capital e, ao mesmo tempo, há um movimento de produção de resistência. Situados nesse terreno, os assistentes sociais atuam “[...] movidos por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade” (IAMAMOTO, 2014, p. 28).

A grande quantidade de demandas institucionais, a rotatividade nos leitos, as relações de poder, tudo isso compõe o ambiente hospitalar. A saúde virou mercadoria e a estrutura administrativa que atualmente compõe os grandes hospitais contribui para isso, criando um modelo de saúde-fábrica (SODRÉ, 2010). Esses movimentos foram percebidos ao

longo do processo de estágio, pois as demandas da instituição como, por exemplo, o recebimento e a distribuição de doações de roupas ou de fórmulas nutricionais; a efetuação de ligações telefônicas para os usuários e, até mesmo, a solicitação do transporte e o agendamento de consultas médicas foram atribuídas ao Serviço Social. O “[...] assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais [...]” (CFESS, 2009, p. 26) compõe ações que são requisitadas ao assistente social por meio do Projeto Privatista, indo de forma oposta ao que é preconizado pelo SUS e pelo projeto ético-político do Serviço Social. O volume excessivo de demandas requer respostas imediatas do profissional que acaba tornando-se apenas um executor de tarefas. Conforme Gomes:

O desenvolvimento do processo de trabalho sem clareza de objetivos, da intencionalidade da ação, do exercício da cidadania que passa pela informação, não produz um trabalho qualificado que permita ao sujeito a garantia de seus direitos, a emancipação, mas reproduz o voluntarismo na prática, que nada mais é do que o desenvolvimento de um processo interventivo assistencialista e tutelador. (2010, p.07).

Desta forma o assistente social necessita de apropriação teórica para que reconheça, a partir do seu saber profissional, o papel que ocupa no espaço socioinstitucional e qual a importância da sua ação.

O entendimento de que o Serviço Social atua no enfrentamento das expressões da questão social, está enquanto

[...] o 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 dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2014, p. 27).

A gravidez na adolescência, advinda de movimentos ocasionados por essas expressões da questão social, demanda do assistente social o olhar profissional que deve ampliar o entendimento quanto a essa situação. Com base nessa percepção profissional, o projeto de intervenção foi elaborado para que através dos atendimentos as mães adolescentes tivessem voz e fossem percebidas pela equipe enquanto sujeitos de direito. Nessa perspectiva da garantia de direitos, foi possível articular ações de intervenção que preconizassem a integralidade do cuidado para as mães e para os bebês. Sendo assim, conforme o Artigo 7º da PNAISC, inciso V, o projeto de intervenção propiciou ações que levaram a alta qualificada do recém-nascido da maternidade, assim como a

[...] vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, [...] para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do "5º Dia de Saúde Integral", que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a

mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade. (BRASIL, 2015).

Desta forma, mãe e bebê passaram a ser acolhidos em seu território pelas equipes da atenção básica, constituindo o princípio da integralidade no qual se estabelece o acompanhamento dos sujeitos nos diferentes níveis de complexidade da política de saúde. Para além dos equipamentos de saúde, o cuidado integral também se fará presente a partir do momento em que a adolescente e seu bebê, quando necessário, forem encaminhados para os demais serviços da rede socioassistencial.

Dentre os 16 atendimentos realizados com as mães adolescentes, no período de outubro de 2015 a junho de 2016, 04 obtiveram encaminhamentos para o Conselho Tutelar e todos foram contra-referenciados para a rede básica de saúde de seus territórios. Conforme salienta a PNAISC, a promoção e o acompanhamento na primeira infância deve se dar de forma integral por parte da atenção básica de saúde, visando o crescimento e o desenvolvimento pleno da criança, assim como são nesses espaços que as ações de apoio às famílias para o fortalecimento do vínculo familiar devem ocorrer (BRASIL, 2015).

A Política de Saúde, assim como as demais políticas sociais, possui suas contradições por sofrer influências da conjuntura neoliberal. Essas contradições presentes no cotidiano profissional possibilitam ao assistente social movimentar-se, assim, impulsionando-o para o processo de tomada de consciência. É com base nesse processo que o profissional visa superar, transformar e a partir da dialética compreender a realidade do cotidiano profissional através de outras perspectivas. As diferenças presentes na sociedade demonstram-se através de ações, essas, por sua vez, compõem a dialética dos sentidos e praxe do cotidiano (HELLER, 1994). O trabalho do assistente social deve ser reconhecido e divulgado dentro dos espaços sócio-ocupacionais, considerando as particularidades da atuação desse profissional, deve expor de forma clara e objetiva o que realmente representa o produto do processo de trabalho do assistente social e, sobretudo, a intencionalidade das ações profissionais, dando enfoque ao seu exercício profissional. Somente assim será possível oportunizar o avanço necessário para os debates acerca da função social da profissão para a sociedade e para os usuários dos serviços.

3.2 A construção do formulário como forma de acesso ao direito: dialogando acerca da instrumentalidade no Serviço Social

A saúde constitui-se enquanto um direito social preconizado pelo Constituição Federal de 1988, que em seu Artigo 6º estabelece que

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988).

Os direitos sociais podem ser compreendidos enquanto uma conquista de movimentos e lutas sociais, advindos de um processo histórico que visa o “enfrentamento das mazelas produzidas pelo capitalismo” (COUTO, 2004, p.52). Segundo Ribeiro (2014), direitos sociais compreendem-se enquanto

[...] dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado, direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade. (RIBEIRO, 2014, p.53 apud SILVA 2003, p.285).

A fim de assegurar os direitos estabelecidos por lei, atua-se na área da saúde fundamentando essa política através de seu conceito ampliado, que considera os determinantes e condicionantes intrínsecos ao processo saúde/doença, reconhecendo que a alimentação, moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, entre outros, são instâncias fundamentais para a promoção, recuperação, proteção e integralidade da saúde dos indivíduos. Ressalta-se a importância dos níveis de saúde, visto que eles expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

O Serviço Social inserido na área da saúde busca através da atuação dos assistentes sociais a “[...] compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (CFESS, 2010, p.28). As ações profissionais baseiam-se nas dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, as quais atuam de forma articulada visando estratégias de enfrentamento das expressões da questão social.

A dimensão ético-política fundamenta-se no trabalho do assistente social, tendo em vista o processo reflexivo a partir do projeto ético-político, considerando a relação entre o projeto profissional e o projeto societário, defendidos pela profissão, sendo assim “a opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero” (CFESS, 2011). Essa dimensão busca aprimorar e qualificar os serviços prestados a população através da criação de estratégias, tendo como base o pensamento crítico do materialismo histórico-dialético.

Já a dimensão teórico-metodológica estrutura-se a partir do entendimento de um conhecimento que possibilite a interpretação da realidade com base no seu movimento dialético. Essa dimensão relaciona história, teoria e método, e com base nesses princípios cria mecanismos que apreendam a totalidade das relações sociais presentes na sociedade (LEWGOY, 2010).

Como uma forma de unir as dimensões ético-política e teórico-metodológica, tendo em vista os instrumentais utilizados pela profissão, tem-se a dimensão técnico-operativa. Embasada pelas demais dimensões, a técnico-operativa “[...] envolve um conjunto de estratégias, táticas e técnicas instrumentalizadoras da ação, que efetivam o trabalho profissional, e que expressam uma determinada teoria, um método, uma posição política e ética” (SANTOS, 2013, p.26). Através da instrumentalidade profissional o assistente social tem a percepção de identificar quais os instrumentais técnicos serão eficientes para a sua intervenção.

Neste sentido, o significado do termo instrumentalidade no Serviço Social, ao contrário do que a palavra sugere, não está vinculado aos instrumentos utilizados pelo assistente social (prontuário, avaliação social, entrevistas, etc.), mas sim a sua capacidade de saber a finalidade da técnica utilizada, tendo em vista o projeto ético-político da profissão.

Segundo Yolanda Guerra

[...] a instrumentalidade no exercício profissional refere-se, não ao conjunto de instrumentos e técnicas (neste caso, a instrumentação técnica), mas a uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico. (2007, p.01).

Sendo assim, o assistente social ao escolher quais instrumentos serão utilizados em sua intervenção deve ter em vista o objetivo dessa ação. É importante que se compreenda que a instrumentação técnica é parte do processo, que tem como meio a instrumentalidade e

como fim o enfrentamento às expressões da questão social. O objetivo dessas intervenções deve estar claro para o assistente social, pois

para além das definições operacionais (o que faz, como faz), necessitamos compreender “para que” (para quem, onde e quando fazer) e analisar quais as conseqüências que no nível “mediato” as nossas ações profissionais produzem. (GUERRA, 2010, p.30).

Porém, compreender o objetivo da ação nem sempre é o suficiente para uma intervenção qualificada. O Serviço Social se depara com a precarização do trabalho em diversos campos socioinstitucionais, e essa precarização interfere de forma negativa na atuação do profissional, haja visto que

[...] as condições nas quais a intervenção profissional se processa são as mais adversas possíveis: falta de recursos de toda ordem para atendimento das demandas; exigência pelo desempenho de funções que muito se afastam do que o assistente social, ou qualquer outro profissional, se propõe a realizar; baixos salários; alto nível de burocratização das organizações; fluidez e descontinuidade da política econômica; e ainda que o tratamento atribuído à questão social é fragmentado, casuístico, paliativo. (GUERRA, 2010, p.28).

Sendo assim, ao chegar ao campo de estágio, foi possível compreender que existia uma lacuna no atendimento às mães adolescentes. Com a grande demanda de atendimentos do Serviço Social, concomitante com as demandas institucionais desconexas das competências profissionais, aquele seguimento de usuárias requisitava certa atenção. Compreender a demanda foi parte do processo, pois durante todo o primeiro semestre de estágio as observações foram realizadas no intuito de destacar qual seria o objeto de intervenção. A alienação do trabalho vela as reais necessidades que estão presentes nos espaços sócio-ocupacionais e, assim,

[...] as demandas que chegam ao Serviço Social são tratadas como uma situação isolada fazendo com que o próprio assistente social desqualifique seu trabalho, não colocando a dimensão macrossocial que está contida em cada atendimento que realiza, ou melhor, não destacando a complexidade das manifestações da questão social naquela demanda trazida ao campo da saúde pública. (SODRE, 2010, p.457).

Com as observações dos atendimentos de ambulatório, foi possível observar que ao utilizar um instrumento para a realização das entrevistas a assistente social conseguia sistematizar informações sobre a família e ao mesmo tempo mantinha um registro do atendimento. A partir de então, com a produção do projeto de intervenção para o público das mães adolescentes, foi elaborado um instrumento que serviria como um facilitador para o momento da entrevista.

Ao elaborar o instrumento de entrevista é essencial ter conhecimento do que se pretende com ele. Ter clareza das dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa é primordial para que o instrumento não sirva como um mero acumulador de informações, mas para que ele seja funcional e também váaoencontro das concepções políticas da profissão. Segundo Iamamoto, “[...] o mero engajamento político, descolado de bases teórico-metodológicas e do instrumental operativo para a ação é insuficiente para iluminar novas perspectivas para o Serviço Social” (2014, p. 54-55).

Sendo assim, o formulário utilizado como instrumento de entrevista, assim como qualquer instrumento criado/usado no cotidiano, deve unificar as dimensões e considerar o embasamento político abordado pelo Código de Ética Profissional, pois juntos tornam-se a base para a objetivação da atuação profissional. Conforme Santos, “para que a finalidade ideal se torne finalidade real, ou seja, para que a finalidade se torne ato, é necessário buscar, criar ou modificar os meios para transformar a causalidade dada em causalidade posta” (2011, p. 56). Assim sendo, é através do conhecimento do profissional acerca das concepções da profissão que seria possível, através do formulário de entrevista, transformar as demandas das adolescentes em intervenções.

A teleologia carece da definição dos fins e é através da unificação das dimensões profissionais que compreende-se a relação entre teoria-fim-meio, já que cada uma das dimensões compõe uma parte dessa tríade. Sendo o fim o nosso objetivo, é preciso reconhecer não somente a realidade geral com a qual estamos atuando, mas compreender os objetos concretos específicos do processo. Configura-se como objetivo comum o enfrentamento das expressões da questão social, porém ao atender as mães adolescentes são abordados diversos fatores, entendidos enquanto objetos específicos, que necessitam ser desvendados para que se possa intervir na realidade da vida daquele sujeito. Constituía-se enquanto objetivos específicos apresentados pelas mães adolescentes: o acesso ao transporte para ir e voltar do hospital; o acesso a alimentação para o pai da criança (foi atribuído ao Serviço Social do HCC a dispensa de alimentação para os pais, as mães recebiam o cartão de alimentação junto do cartão de identificação com a enfermagem); e o contato com as escolas onde elas estudavam para esclarecer quanto a situação e pensar possibilidades para que elas não perdessem o ano letivo. A evasão escolar no Brasil, conforme o Censo 2010, chega a 10%,³ sendo esta a pior taxa entre os países do Mercosul. Ao engravidar as adolescentes tendem a abandonar os

³ Dados retirados da matéria “Adolescentes conseguem levar estudos adiante apesar da gravidez” publicada pelo jornal O Globo. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/adolescentes-conseguem-levar-estudos-adiante-apesar-da-gravidez-4884779>

estudos e retomar posteriormente ao nascimento da criança torna-se um processo difícil, principalmente pela falta de apoio da família e do pai do bebê. As informações referentes a escolaridade da adolescente eram coletadas a partir do formulário e a possibilidade de seguir estudando mesmo acompanhando o bebê no hospital era algo discutido ao longo dos atendimentos. O diálogo entre profissional e usuário acerca das possibilidades de intervenção, é estabelecido a partir da democratização das informações por meio de orientações e encaminhamentos que visem os direitos sociais da população usuária (CFESS, 2010). Também poderiam ser considerados objetivos específicos das adolescentes, as solicitações de contra-referência para os equipamentos socioassistenciais nos territórios.

O formulário de entrevista foi construído tendo como base o formulário utilizado pela assistente social do ambulatório do HCC. Em um primeiro momento ele aborda os dados básicos de identificação da criança como: nome, número de registro no GHC, nome dos responsáveis, endereço, telefones para contato, a cidade, a data de nascimento, o local de nascimento, a unidade de saúde onde foi realizado o pré-natal, a referência de atendimento básico UBS/PSF e quem será o cuidador após a alta hospitalar. Posteriormente são tratadas as questões que envolvem o núcleo familiar da criança e da mãe adolescente. Dados referentes aos componentes da família são demonstrados de forma breve em um quadro. Nesse quadro existem colunas que são preenchidas com informações referentes a idade, profissão, escolaridade, renda e a situação de trabalho (formal ou informal). Foi destinado um espaço no formulário para a montagem do genograma familiar, no intuito de melhor visualizar a composição familiar. A situação econômica e social da família também é abordada. Essa parte do formulário ressalta informações referentes à vinculação empregatícia dos componentes da família, assim como o acesso aos equipamentos da Política de Assistência Social e recebimento de benefícios socioassistenciais. Questões de moradia e situação de saúde da família da criança também constituem o formulário. Ao final, foi destinado um espaço para realizar anotações que o assistente social identifique como importantes para compor o material. As questões presentes no formulário foram especificadas desta forma, pois compreendeu-se que a partir delas seria possível identificar os casos de vulnerabilidade e articular as intervenções necessárias para a atuação do assistente social.

A entrevista possibilita a compreensão dos fatores que abarcam a totalidade da vida do usuário. É a partir desse encontro, entre o profissional e o sujeito, que irão aparecer por meio do diálogo, da observação, da escuta e até mesmo do silêncio as expressões que servirão como princípio da intervenção (LEWGOY; SILVEIRA, 2007). Identificar na entrevista e por meio do formulário, as principais questões a serem trabalhadas com o usuário,

requer um conhecimento específico da profissão. Assim, a instrumentalidade apresenta-se enquanto meio possível para buscar soluções que condigam com as necessidades do usuário e da sociedade de um modo geral. Como forma de materializar a “(...) ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;” (CFESS, 2012). Sendo esse um dos princípios fundamentais do Código de Ética do Assistente Social, identifica-se o dever do assistente social, que através do seu fazer profissional, orientado pelas dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa deve buscar meios de consolidar estratégias que incitem ao usuário a vontade de reivindicar por seus direitos, estabelecendo o preceito da cidadania.

A passagem da teoria para a prática se dá por meio da instrumentalidade, uma vez que ela serve de intermédio no processo de articulação entre a teleologia e a causalidade. Reconhecer que a usuária e seu bebê tem direito ao acesso e às ações integrais de forma geral no âmbito da saúde, é parte da integralidade. A partir dessa informação, planejar a intervenção para que esse direito seja efetivado compreende a teleologia. Encaminhar a família para a rede básica de saúde no território, para que siga o acompanhamento da criança, principalmente durante os primeiros anos de vida, é a materialização da causalidade. Porém, o objetivo maior é intervir para que de alguma forma todas as mães adolescentes tenham o direito ao acompanhamento da gravidez e pós-parto juntamente com o bebê no território.

Esse movimento não se dá de forma espontânea, ele é resultado da articulação entre as dimensões profissionais e principalmente da compreensão teórica da profissão. Assim como o Serviço Social, a instrumentalidade modificou-se durante os anos e hoje trata-se do principal meio para a efetivação da prática profissional através das concepções éticas, políticas, técnicas, metodológicas que compõem o saber profissional. Intervir nas expressões da questão social pode ser uma ação realizada por qualquer profissional, de qualquer área, mas identificar essas expressões e saber quais os meios de intervir, isso só é possível quando o profissional recebe uma base teórica que facilite essa relação.

Através de cada informação obtida pelo formulário de entrevista, foi possível compreender, mesmo que de forma breve, a realidade da vida de cada adolescente atendida pelo projeto de intervenção. Trabalhar em cima das informações e articular as intervenções, demanda do assistente social a percepção de que toda e qualquer estratégia de enfrentamento às questões apresentadas irá interferir na vida das adolescentes, dos bebês e das famílias de forma geral. Sendo assim, a intencionalidade das ações profissionais deve apresentar-se de forma objetiva, visto que é preciso mostrar no que realmente consiste o produto do processo

de trabalho do assistente social. Lidamos com a vida das pessoas, por meio do nosso trabalho intervimos nessas expressões e buscamos a superação da desigualdade social, produto da questão social.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da trajetória acadêmica foi-se construindo o saber e cada disciplina teve sua importância para a compreensão da profissão assim como, da atual conjuntura na qual o assistente social está inserido. A composição deste trabalho é reflexo da bagagem teórica e prática acumulada durante a graduação.

Ao concluir este trabalho é possível refletir acerca das potencialidades da profissão e dos desafios que o Serviço Social ainda busca superar. Embora o Serviço Social esteja presente na área da saúde desde o início da profissão, a ruptura com o conservadorismo, visando superações que não condizem com os princípios do Código de Ética profissional, revela-se enquanto luta cotidiana.

Com base no Projeto Ético-Político profissional é possível enxergar possibilidades de enfrentamento dos desafios impostos pela contemporaneidade, a partir do materialismo histórico-dialético, criar estratégias que nos levem a almejada transformação social.

Lutar pela garantia dos direitos sociais em um contexto de desmonte das políticas públicas torna o processo ainda mais complicado. Porém, somente através do trabalho articulado com as concepções e direcionamentos da profissão (Lei 8.662, Código de Ética, Projeto Ético-Político) será possível assegurar que os princípios estabelecidos pelo SUS estejam sendo cumpridos nos espaços de atuação da política de saúde.

A integralidade enquanto princípio fundamental do SUS corresponde à garantia do acesso, à visão ampliada do conceito de saúde e ao olhar totalizante do sujeito atendido. Trata-se da articulação entre os níveis de complexidade, mas, para além disso, preconiza a escuta qualificada das questões trazidas pelo usuário. Identificar as ações integrais dentro do processo de estágio a partir do projeto de intervenção elaborado foi um estímulo para a elaboração deste trabalho.

Mesmo com as dificuldades advindas do processo do estágio obrigatório, a possibilidade de aproximação com a prática foi de extrema importância. A devolutiva das ações que foram desenvolvidas ao decorrer do processo incita o desejo de continuar buscando

meio de enfrentar as adversidades cotidianas nos espaços profissionais. A Política de Saúde, legalmente estruturada pela Lei 8.080/90 aborda um viés social fundamentalmente importante. Porém, a disputa entre os projetos da Reforma Sanitária e o Privatista, reflete o impacto ocasionado pelos ideais neoliberais que visam restringir o acesso a determinados seguimentos populacionais. Essa diferença da concepção de saúde tem impacto nas relações profissionais, pois, inclusive nesses espaços, o capital exerce influência.

Impor a profissão nesse contexto é uma tarefa árdua, pois se trata de terpropostas teoricamente fundamentadas que possibilitem transformar a realidade dos espaços de atuação. Assim foi no espaço socioassistencial de realização do estágio e será em tantos outros contextos nos quais possivelmente estaremos inseridos. É importante que tenhamos clareza do papel que nossa profissão ocupa na divisão sócio-técnica do trabalho e através de estratégias que visam romper com a realidade de exclusão social, estejamos posicionados a favor da classe trabalhadora, contextualizando as expressões da questão social a partir de uma visão crítica da sociedade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Juliane Pegliari; SILVA, Rosane Meire Munhak da; COLLET, Neusa; NEVES, Eliane Tatsch; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; VIEIRA, Cláudia Silveira. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. nov-dez;67(6):1000-7, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>. Último acesso: maio de 2017.

BRASIL. **RESUMO EXECUTIVO DA 8ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2014**. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/14/Resumo-Executivo-CIT-11-12-2014.pdf>. Último acesso: maio de 2017.

BRASIL. **Cartilha da Política Nacional de Humanização**. Brasília. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Último acesso: maio de 2017.

BRASIL. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização de Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 de julho de 1999.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Esse texto não substitui o publicado em 9 de abril de 2001.

BRASIL. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** – Brasília:Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf. Último acesso: maio de 2017.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social**. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, 2005. Disponível em: <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/NOB-SUAS.pdf>. Último acesso: maio 2017.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Último acesso: junho de 2017.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **O sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: CepescIms/uerjAbrasco, 2009. p. 117-129. Disponível em: [file:///D:/Faculdade/Semestre 2017.1/TCC/Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.pdf](file:///D:/Faculdade/Semestre%202017.1/TCC/Os%20sentidos%20da%20integralidade%20na%20atencao%20e%20no%20cuidado%20a%20saude.pdf). Último acesso em: maio 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTES SOCIAIS (CFESS). **Código de ética profissional do assistente social**. 9.ed.rev. e atual. Brasília: CFESS, 2011.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: **Serviço Social & Sociedade**.nº 62. São Paulo: Cortez, 2000. Disponível em:http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-7.pdf. Último acesso: junho de 2017.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a Assistência Social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

GIOVANELLA, Lígia. Planejamento Estratégico em Saúde: Uma Discussão da Abordagem de Mário Testa. In:**Cadernos em Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1990. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000200003. Último acesso: junho 2017.

GOMES, Kelinês; SANGUI, Simone da F.; LOPES, Mª Suzete M. **Competência técnico-operativa em Serviço Social**. Canoas: Ed. ULBRA, 2010.

GOMES, Romeu; DESLANDES, Suely Ferreira. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. In: Revista **Latino-Americana de Enfermagem**, v.2, n.º2. Ribeirão Preto, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v2n2/v2n2a08>. Último acesso: junho de 2017.

GOMES, Maria Auxiliadora de S. Mendes. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e

práticas em saúde. Org. Roseni Pinheiro, Ruben Mattos Kenneth R. Camargo Jr. UERJ-IMS-Abrasco, Rio de Janeiro, 2003. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4):1079-1085, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n4/a29v9n4.pdf>. Último acesso: julho de 2017.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Informações hospitalares Hospital da Criança Conceição**. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=unidades&idSubMenu=3>. Último acesso: junho de 2017.

GUERRA, Yolanda. A instrumentalidade no trabalho do assistente social. **Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**, Belo Horizonte, maio/2007. Disponível em: <http://www.cedeps.com.br/wp-content/uploads/2009/06/Yolanda-Guerra.pdf>. Último acesso: junho de 2017.

HOFFMANN, Edla. A integralidade e o trabalho do assistente social: limites e possibilidades na Estratégia Saúde da Família. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional**. 23. ed. São Paulo: Editora Cortez: São Paulo, 2014.

KOSÍK, Karel. A Totalidade Concreta. In: __. **Dialética do concreto**. 5.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalba Maria Carvalho. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. In: **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre v. 6 nº 2, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/2315/3245>. Último acesso: junho de 2017.

LEWGOY, Alzira M. Baptista. Dimensão ético-política: desafios e reafirmação de compromissos. In: **Supervisão de Estágio em Serviço Social: desafios para a formação e o exercício profissional**. Cap. 4. 2ed. São Paulo: Editora Cortez, 2010.

MARTINS, Juliana. **“UMA ANDORINHA SÓ NÃO FAZ VERÃO”**: o trabalho do assistente social na atenção integral às pessoas com doença renal crônica. 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/148636>. Último acesso: maio 2017.

NETTO, José Paulo. Introdução ao Método da Teoria Social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPPS, 2009.

NETTO, José Paulo. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: **Revista The Lancet**, 2011. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf. Último acesso: maio 2017.

PALHA, Pedro Fredemir; VILLA, Tereza Cristina Scatena. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. In: **Revista da escola de enfermagem da USP**. São Paulo, v. 37, n. 3, p. 19-26, set. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000300003&lng=pt&nrm=iso. Último acesso: maio 2017.

PRADO, Sônia Regina Leite de Almeida; FUJIMORI, Elizabeth; CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. In: **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, p.399-407, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a04v16n3>. Último acesso: maio de 2017.

RANGEL, Débora Luiza de Oliveira; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo. A representação social das adolescentes sobre a gravidez nessa etapa da vida. In: **Revista de Enfermagem**. N.º12, 2008, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a24.pdf>. Último acesso: junho de 2017.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. In: **Psicologia em Estudo**. V. 11, n.01. Maringá, jan/abr 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a04.pdf>. Último acesso: maio de 2017.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro:PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. Disponível em: http://www.editora.vrc.puc-rio.br/media/ebook_institucionalizacao_de_crianças_no_brasil.pdf. Último acesso: maio de 2017.

ROSSETTO, Pamela Carolina Pasqualatto. **A realidade do espaço sócio-ocupacional do assistente social na saúde: o estágio curricular obrigatório como processo de investigação, intervenção e formação profissional**. Trabalho de Conclusão de Curso, UFRGS, Porto Alegre,

2016. Disponível em:
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/148622/001002895.pdf?sequence=1>.
Último acesso: maio 2017.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. **Na Prática a Teoria é Outra?** Mitos e Dilemas na Relação entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas no Serviço Social. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2011.

SANTOS, Eva Teresinha dos. **O acolhimento como um processo de intervenção do Serviço Social junto a mulheres em situação de violência.** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina, 2006. Departamento de Serviço Social. Disponível em: <http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial286865.pdf>. Último acesso: junho de 2017.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. A dimensão técnico-operativa e os instrumentos e técnicas no Serviço Social. In: **Revista Conexão Geraes**, ano 2, nº 3. Minas Gerais, 2013. Disponível em: <http://www.cress-mg.org.br/arquivos/Revista-3.pdf>. Último acesso: junho de 2017.

SARRETA, Fernanda de Oliveira; BERTANI, Iris Fenner. A construção do SUS e a participação do assistente social. In: **Revista Serviço Social & Saúde**, v. X, nº XI. Campinas, 2011.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. N.º 103, São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000300004&lng=pt&nrm=is&tlng=pt. Último acesso: junho de 2017.

SOUZA, Kleyde Ventura de; SILVA, Leila Rangel da; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. In: **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a16v14n4.pdf>. Último acesso: maio de 2017.

TEIXEIRA, Mary Jane O.; NUNES, Sheila Torres. A interdisciplinaridade no programa da saúde da família: uma utopia? In: **Saúde e Serviço Social**. BRAVO, MarinêsSouza Bravo [et AL.], (organizadoras. 4. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

ANEXOS/APÊNDICES

	GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO	
<p>HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 595 F. 33572000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350 200 Filiais: Hospital Fêmira, Hospital Cristo Redentor, Hospital Criança Conceição, Unidade de Pronto Atendimento Zona Norte Mosoyr Solar, Unidade de Saúde Santíssima Trindade, Unidade de Saúde Parque dos Máias, Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, Unidade de Saúde Floresta, Unidade de Saúde Divina Providência, Unidade de Saúde Costa e Silva, Unidade de Saúde COINMA, Unidade de Saúde Barão de Bagé, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - CETPS, Centro de Atenção Psicossocial I - Infantil, Unidade de Saúde SEEC, Centro de Atenção Psicossocial II - Adulto, Unidade de Saúde Conceição, Unidade de Saúde Jardim Iju e Centro de Atenção Psicossocial III - Alcool e Drogas. Vinculada ao Ministério da Saúde - Decreto 99244/90</p>		

AVALIAÇÃO SOCIAL FAMILIAR UTI Neonatal – Mães Adolescentes

Data:

I – Identificação

- Nome da criança:**
- Nº de Registro GHC:.....
- Familiar Responsável:.....
- Endereço Residencial:.....
- Cidade/Estado:.....
- Telefones (residencial, comercial e celular):
- Data de Nascimento:.....
- Local de Nascimento (Hosp./Mun.):.....
- Pré-Natal (local):
- Referência de Atendimento Atual UBS/USF:
- Cuidador em Casa:.....

II – Situação familiar e social

II.I Composição familiar

Composição Familiar	Idade	Profissão	Renda	Cart. Assin	- Escolaridade
Mãe:					
Pai:					
Irmão (s):					
Responsável legal pela mãe do RN:					
Co-Responsável pelo RN:					



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F. 33572000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350 200
 Filiais: Hospital Fêmeina, Hospital Cristo Redentor, Hospital Criança Conceição, Unidade de Pronto Atendimento Zona Norte Moacyr Scliar, Unidade de Saúde Santíssima Trindade, Unidade de Saúde Parque dos Maias, Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, Unidade de Saúde Floresta, Unidade de Saúde Divina Providência, Unidade de Saúde Costa e Silva, Unidade de Saúde COINMA, Unidade de Saúde Bstrão de Bage, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - CETPS, Centro de Atenção Psicossocial I - Infantil, Unidade de Saúde SESC, Centro de Atenção Psicossocial II - Adulto, Unidade de Saúde Conceição, Unidade de Saúde Jardim Itu e Centro de Atenção Psicossocial III - Álcool e Drogas.
 Vinculado ao Ministério da Saúde - Decreto 99244/90

GENOGRAMA:

II.II Situação econômica/social

- Qual familiar trabalha:.....
- Onde:.....
- Tempo de serviço:.....
- Programas Sociais: Sim () Qual:..... Não ()
- Acesso a Rede Sócio-Assistencial:
 CRAS () Qual:.....Fone:.....
- CREAS () Qual:.....Fone:.....
- Outro:.....

II.III Situação de habitação

- Casa: própria () alugada () área verde ()
- Condições da Habitação: madeira () alvenaria () mista ()
 Nº de peças:.....
- Sistema de esgotamento: cloacal () fossa () outros ().....
- Energia: elétrica () Fornecedor..... Outros ().....
- Fornecimento de Água: Tratada () Fornecedor..... Outros ().....
- Quanto tempo mora no local atual:.....
- Mudanças de residência:.....

