



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE DIREITO – CAMPUS JOÃO PESSOA  
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIA**

**MARJORY MAYARA DEOCLECIANO DA SILVA**

**O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROTAGONISMO DO DIREITO À VIDA  
E A SAÚDE DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES ATENDIDOS NO  
HOSPITAL MUNICIPAL VALENTINA**

**JOÃO PESSOA  
2022**

**MARJORY MAYARA DEOCLECIANO DA SILVA**

**O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROTAGONISMO DO DIREITO À VIDA  
E A SAÚDE DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES ATENDIDOS NO  
HOSPITAL MUNICIPAL VALENTINA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito de João Pessoa do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial da obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> MS. Maria Lígia Malta de Farias

**JOÃO PESSOA  
2022**

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

S586p Silva, Marjory Mayara Deocleciano da.

O papel do assistente social no protagonismo do direito à vida e a saúde das crianças e dos adolescentes atendidos no Hospital Municipal Valentina / Marjory Mayara Deocleciano da Silva. - João Pessoa, 2022.

54 f. : il.

Orientação: Maria Lígia Malta de Farias.  
TCC (Graduação) - UFPB/CCJ.

1. Direitos fundamentais. 2. Infância e Juventude.  
3. Políticas Sociais. 4. Sistema Único de Saúde. 5.  
Estatuto da Criança e do Adolescente. I. Farias, Maria  
Lígia Malta de. II. Título.

UFPB/CCJ

CDU 34

**MARJORY MAYARA DEOCLECIANO DA SILVA**

**O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROTAGONISMO DO DIREITO À VIDA  
E A SAÚDE DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES ATENDIDOS NO  
HOSPITAL MUNICIPAL VALENTINA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito de João Pessoa do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial da obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> MS. Maria Lígia Malta de Farias

**DATA DA APROVAÇÃO: 21 DE JANEIRO DE 2022**

**BANCA EXAMINADORA:**

**Prof<sup>ª</sup> Ms. Maria Lígia Malta de Farias  
(ORIENTADORA)**

**Prof. Ms. Marcia Glebyane Maciel Quirino  
(AVALIADOR)**

**Prof. Ms. Nataly de Sousa Pinheiro Rosas  
(AVALIADORA)**

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus pela vida, saúde e perseverança diante das dificuldades desses últimos dois anos marcados por uma pandemia que afetou a rotina de todos.

Aos meus pais, por sempre me apoiarem em todos os meus projetos.

Ao meu bebê, que está em meu ventre, a quem dedico o amor mais puro e verdadeiro e é a razão de todas as minhas lutas.

Aos meus familiares que torcem pelo meu sucesso pessoal e profissional.

Ao meu esposo João Paulo, por estar ao meu lado em todos os momentos, inclusive dividindo a trajetória acadêmica.

A minha professora orientadora, Maria Lígia, pela disponibilidade e por todo o conhecimento compartilhado.

À Professora Márcia Glebyane, pela excelente condução da disciplina de TCC e por toda a sua dedicação e acolhimento aos discentes.

À Professora e colega de profissão Nataly, para mim uma grande referência profissional e acadêmica na área do Direito e do Serviço Social. Agradeço a atenção e disponibilidade ao aceitar meu convite para a banca avaliadora

Às minhas amigas de todas as horas, Giselle, Vanessa e Taty, por dividirem comigo as angústias e alegrias da vida.

Por fim, a todas as minhas colegas que compõem a equipe de Serviço Social do Hospital Municipal Valentina, cujo trabalho incansável constituiu a base desse estudo.

## RESUMO

Este estudo intentou contribuir para uma maior compreensão da abordagem dos direitos das crianças e dos adolescentes com ênfase na assistência à saúde enquanto fator essencial do direito à vida. A partir da análise do atendimento realizado no Hospital Municipal Valentina, no Município de João Pessoa, buscou-se identificar as ações capazes de assegurar tais direitos de maneira efetiva. Essa vivência representou um esforço para contribuir com o reconhecimento dos assistentes sociais em saúde como protagonistas no trabalho frente às expressões da questão social que impactam na saúde infantojuvenil. O objetivo do estudo foi conhecer as demandas e os encaminhamentos realizados no Serviço Social no espaço sócio-ocupacional da urgência, emergência e internação hospitalar no âmbito da instituição. Os objetivos específicos foram descrever os documentos que influenciaram na evolução do direito à saúde da criança e do adolescente; identificar ações e políticas sociais públicas trabalhadas no HMV; correlacionar os dados referentes à assistência à saúde com as medidas de proteção existentes na legislação (Estatuto da Criança e do Adolescente, Constituição Federal de 1988, dentre outros dispositivos legais). Foram utilizadas como recurso metodológico investigação bibliográfica e documental. As inovações trazidas pelo ECA com impactos no Sistema Único de Saúde (SUS) e nas demais políticas setoriais materializaram a proteção social nos estabelecimentos de saúde. Os resultados da análise dos dados possibilitaram conhecer as demandas postas assistentes sociais quanto aos direitos da população infantojuvenil, incluindo o manejo de políticas sociais públicas voltadas à efetivação dos direitos regulamentados pelo Estatuto e pela CF de 1988. Assim, no HMV foi observado que o Serviço Social assumiu um papel de liderança no enfrentamento das diferentes formas de violação do direito à vida e à saúde. Foi constatado que as profissionais do setor atuam como mediadoras entre a instituição, famílias atendidas e órgãos de defesa de direitos sociais. Por fim, foi sugerido, como forma de otimização dessa linha de cuidados, a criação de instrumentais de comunicação mais interativos com os Conselhos Tutelares, além da capacitação de todos os profissionais envolvidos nos atendimentos.

**Palavras-chaves:** Direitos fundamentais, infância e juventude, Políticas Sociais, Sistema Único de Saúde, Estatuto da Criança e do Adolescente

## ABSTRACT

This study aimed to contribute to a greater understanding of the approach to the rights of children and adolescents, with an emphasis on health care as an essential factor in the life rights. From the analysis of the care provided at the Hospital Municipal Valentina, which is located in João Pessoa city, we sought to identify actions capable of effectively ensuring these rights. This experience represented an effort to contribute to the recognition of health social workers as protagonists working in the front line with the expressions of the social issue that impact on children's health. The objective of the study was to know the demands and referrals made in the Social Service in the socio-occupational space of urgency, emergency and hospitalization within the institution. The specific objectives were to describe the documents that influenced the evolution of the right to health of children and adolescents; identify actions and public social policies worked on in the HVM; correlate the data referring to health care with the existing protection measures in the legislation (Statute of the Child and Adolescent, Federal Constitution of 1988, among other legal provisions). Bibliographic and documentary research were used as a methodological resource. The innovations brought by the ECA with impacts on the Unified Health System (SUS) and on other sectorial policies materialized social protection in health establishments. The results of the data analysis made it possible to know the demands made by social workers regarding the rights of the child-juvenile population, including the management of public social policies aimed at enforcing the rights regulated by the Statute and by the Federal Constitution of 1988. Thus, in the HVM it was observed that the Service Social took a leading role in confronting the different forms of violation of the right to life and health. It was found that the professionals in the sector act as mediators between the institution, families assisted and social rights defense bodies. Finally, it was suggested, as a way of optimizing this line of care, the creation of more interactive communication tools with the Guardianship Councils, in addition to the training of all professionals involved in the care.

**Key-words:** Fundamental Rights, Childhood and Youth, Social Policies, Unified Health System, Child and Adolescent Statute

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2 AS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO NA DEFESA DA VIDA E SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE</b> .....	9
2.1 A INFLUÊNCIA DOS DOCUMENTOS INTERNACIONAIS NA FUNDAMENTAÇÃO DOS DIREITOS PROTETIVOS DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES no Brasil .....	9
2.2 A Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA .....	12
2.2.1 A essencialidade do direito à vida e à saúde - Inovações trazidas pela Lei n.8069/90 (ECA) .....	14
2.3 A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS) .....	19
<b>3 O SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL MUNICIPAL VALENTINA E O TRABALHO COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS</b> .....	22
3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS .....	23
3.1.1 O Serviço Social enquanto profissão de saúde.....	26
3.2 O HOSPITAL MUNICIPAL VALENTINA E DO SERVIÇO SOCIAL DA INSTITUIÇÃO – DEMANDAS ATENDIDAS ATUALMENTE .....	29
<b>4 AS TÉCNICAS DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL À LUZ DO ECA, CF DE 1988 E DO SUS</b> .....	35
4.1 O atendimento do Serviço Social frente às suspeitas de violações de direitos das crianças e adolescentes .....	36
4.2 Notificações e encaminhamentos ao Conselho Tutelar.....	40
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	46
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	48
<b>ANEXO A – RELAÇÃO DOS CONSELHOS TUTELARES DE JOÃO PESSOA - PB</b> .....	50
<b>ANEXO B – MODELO DE RELATÓRIO SOCIAL</b> .....	51
<b>ANEXO C – FLUXOGRAMA PSIQUIATRIA INFANTIL</b> .....	52
<b>ANEXO D – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA SOCIAL</b> .....	53

## 1 INTRODUÇÃO

Partindo da premissa de que existe uma interface entre o Direito e outras áreas afins no campo das Ciências Humanas, traremos uma interlocução entre o trabalho dos assistentes sociais na saúde pública e a garantia dos direitos sociais, com ênfase no direito à vida e à saúde das crianças e dos adolescentes.

A atuação dos profissionais do Serviço Social do Hospital Infantil Municipal do Valentina (HMV), instituição municipal credenciada ao Sistema único de Saúde (SUS), no município de João Pessoa, Paraíba, compõe o universo da pesquisa. Os dados coletados sobre o universo, deram-se por pesquisa bibliográfica e documental (anexos), além de observação, enquanto assistente social aos documentos utilizados pela equipe de assistentes sociais da instituição.

O trabalho consiste na abordagem das respostas profissionais que o Serviço Social realiza para atender a uma gama de necessidades sociais apresentadas pelas crianças, adolescentes e usuários da referida unidade de saúde.

Ao considerarmos que o ambiente hospitalar é um local de desafios cotidianos na garantia do direito à vida e à saúde da população, sobretudo da população com maior vulnerabilidade em relação ao acesso a condições adequadas a uma vida digna e saudável, procuramos identificar as ações técnicas, articulações interdisciplinares e planejamento capazes de assegurar o direito à vida e a saúde de maneira efetiva.

Para além das demandas que chegam à instituição, há a interação com uma ampla rede de atendimento que compõem as políticas sociais reguladas pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente para atender a este público. O atendimento direto do assistente social aos usuários é uma ferramenta que proporciona a participação da população no processo de prevenção, promoção e tratamento da saúde das crianças e dos adolescentes, enfrentamento de situações de violações de direitos como dificuldade de acesso às políticas sociais, fragilidade de vínculos familiares e de violência.

Assim, pretende-se averiguar com base na doutrina e na legislação específicos como o Serviço Social na saúde atua na promoção dos direitos relacionados à vida e a saúde das crianças e adolescentes. Como o Serviço Social do Hospital Municipal do Valentina atua para garantir direitos sociais das crianças, adolescentes e famílias atendidas no âmbito hospitalar? Quais os encaminhamentos realizados para solucionar as demandas apresentadas?

O objetivo desta pesquisa é analisar de que maneira, ou seja, quais as ações da política assistencial serão implementadas para efetivar os direitos das crianças e adolescentes atendidos no Hospital Municipal Valentina.

No primeiro capítulo iremos abordar os documentos internacionais referentes aos direitos fundamentais, pois esses textos evidenciam as iniciativas de proteção específica para a população infantojuvenil. Dessa forma, discutiremos como foram estabelecidas no Brasil as soluções para os problemas relacionados à peculiar condição de pessoa em desenvolvimento. Para isso citaremos os avanços obtidos a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Por fim, apresentaremos como esse marco legal, junto às Políticas de Saúde e de Assistência Social constitui uma perspectiva de análise na contextualização dos direitos infantojuvenis no âmbito da saúde.

No segundo capítulo apresentaremos um panorama geral acerca do trabalho do Serviço Social na saúde pública a partir de uma breve contextualização histórica sobre o desenvolvimento do SUS. Diante disso, descreveremos o Hospital Municipal Valentina (HMV) enquanto referência no tratamento de saúde de crianças e adolescentes e as demandas atendidas pelas assistentes sociais da instituição.

No terceiro e último capítulo, à luz do ECA, apresentaremos as situações mais comuns de violações de direitos de crianças e adolescentes no âmbito da saúde. Por fim, discutiremos como tais suspeitas são recebidas, tratadas e encaminhadas no setor de Serviço Social do HMV.

## 2 AS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO NA DEFESA DA VIDA E SAÚDE INFANTOJUVENIL

O objetivo desse capítulo é demonstrar que os direitos referentes à preservação da vida e da saúde infantojuvenil advém de um conjunto de normas jurídicas positivadas enquanto obrigações do Estado e da sociedade, cuja tarefa é proteger esse grupo populacional de ameaças à sua integridade e ao seu desenvolvimento biopsíquico decorrentes de sua condição peculiar de vulnerabilidade. Trata-se de uma relação jurídica que contém direitos e obrigações entre as partes e diante do descumprimento estará sujeito às sanções legais. Como afirma Zapater,

Portanto, pensar o Direito da Criança e do Adolescente significa pensar nos direitos e deveres de crianças e adolescentes nessa acepção jurídica. A condição peculiar de desenvolvimento das crianças e adolescentes gera direitos específicos para esse grupo, bem como os deveres jurídicos específicos correspondentes para os adultos. (ZAPATER, 2019, p. 61)

Contudo, durante muito tempo não houve na agenda das autoridades políticas públicas que abrangessem as crianças e os adolescentes, nem mesmo a expectativa de reconhecê-los enquanto sujeitos de direitos, dissociados da soberania dos adultos. Essa visibilidade só foi ocorrer após o êxito de movimentos no âmbito internacional pela defesa dos direitos humanos, por exemplo, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, em 1948, conforme veremos a seguir.

### 2.1 A INFLUÊNCIA DOS DOCUMENTOS INTERNACIONAIS NA FUNDAMENTAÇÃO DOS DIREITOS PROTETIVOS DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES NO BRASIL

As primeiras convenções internacionais sobre direitos humanos foram iniciadas no período pós Segunda Guerra Mundial. Dessa forma, a Organização das Nações Unidas (ONU) foi responsável por elaborar documentos e pactuações com o objetivo de compelir os países membros a cumprir acordos direcionados à proteção da infância.

Em 1924, a chamada Liga das Nações foi pioneira em sinalizar que os direitos das crianças e adolescentes deveriam ser acolhidos, através de um documento denominado Declaração dos Direitos da Criança de Genebra. No entanto, a abordagem dos direitos carecia de uma reformulação, uma vez que possuía um caráter mais assistencialista do que garantista.

A Declaração de Genebra continha apenas quatro artigos, cuja leitura permite verificar que seu conteúdo ainda é referência para a positivação de direitos de crianças e adolescentes no plano do Direito Internacional dos Direitos

Humanos: 1. A criança deve receber os meios necessários para o seu desenvolvimento normal, tanto material quanto espiritualmente; 2. A criança que está com fome deve ser alimentada; a criança doente deve ser cuidada; a criança que está em defasagem deve ser ajudada; a criança delinquente deve ser reclamada; e o órfão e a criança abandonada devem ser abrigados e socorridos; 3 A criança deve estar em condições de ganhar a vida, e deve ser protegida contra toda forma de exploração; 4. A criança deve ser educada na consciência de que seus talentos devem ser dedicados ao serviço de outros homens. (ZAPATER, 2019, p. 67)

Desse modo, a referida Declaração defendia que as crianças em situação de desajuste social deveriam ser acolhidas, ajudadas e preparadas para se tornarem adultos que seriam uma esperança para o progresso da democracia após o período pós-guerras. Esse quadro mudou quando em 1959 a Organização das Nações Unidas (ONU) inaugurou a Declaração Universal dos Direitos da Criança, que reconheceu as crianças e os adolescentes como titulares de direitos, devendo ser protegidos de maneira absoluta e integral.

O documento estabeleceu, dentre outros princípios: proteção especial para o desenvolvimento físico, mental, moral e espiritual; educação gratuita e compulsória; prioridade em proteção e socorro; proteção contra negligência, crueldade e exploração; proteção contra atos de discriminação. (AMIN, 2019)

No Brasil o reconhecimento de crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos, sobretudo de Direitos Humanos só ocorreu no final do século XX. Nessa época, o trabalho infantil ainda não era proibido de maneira efetiva.

As primeiras medidas assistenciais para a infância e juventude foram inseridas no campo jurídico através do Código de Menores, promulgado em 1927, conhecido como Código Mello Matos. De acordo com LOPES e FERREIRA (2010), essa legislação tinha como pressuposto a doutrina da situação irregular, segundo a qual os menores órfãos deixados em instituições religiosas, os submetidos ao trabalho infantil e os que cometiam atos infracionais recebiam tratamento semelhante e deveriam ser submetidos à ampla intervenção do poder judiciário. Nesse sentido:

O Juiz de Menores centralizava as funções jurisdicional e administrativa, muitas vezes dando forma e estruturando a rede de atendimento. Enquanto era certa a competência da Vara de Menores, pairavam indefinições sobre os limites da atuação do Juiz. (AMIN, 2019 p.65)

Diante disso, a perspectiva sobre a problemática social das crianças e adolescentes passa de criminalizada à assistencialista. Nesse período permanecia um sistema repressor ainda

considerando que as crianças e adolescentes pobres, tendo ou não cometido alguma infração deveriam se sujeitar ao domínio do Estado sobre suas vidas, através da jurisdição.

Nos anos subsequentes, sob os governos da Ditadura Militar foi promulgada a Constituição Federal de 1967 e as leis 4513, de 01/12/1954 (Fundação do Bem-Estar do Menor) e 6.697 de 10/10/79 (Código de Menores de 1979), permanecendo a política da repressão iniciada pela versão anterior do Código de Menores, consolidada pela Doutrina da Situação Irregular:

Esta política implantou no Brasil uma rede de atendimento assistencial, correccional-repressivo que atuava com vistas na irregularidade da condição infantil, reforçando o papel assistencialista do Estado numa prática absolutamente centralizada, com motivações ideológicas autoritárias do regime militar. A solução ao “problema do menor” era a política de contenção institucionalizada, mediante o isolamento como forma de garantir a segurança nacional e a imposição de práticas disciplinares com vistas à obtenção da obediência (CUSTÓDIO *apud* FLORES, 2017 p.31).

Esse paradigma só começou a ser superado por influência dos movimentos internacionais para a proteção dos direitos fundamentais da infância reconhecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), que estabeleceu a Doutrina da Proteção Integral.

Nesse sentido a Declaração Universal dos Direitos da Criança, adotada em 1959 foi considerado o grande marco internacional que acolheu a necessidade de assegurar garantias específicas para as crianças e jovens enquanto sujeitos de direitos.

O documento estabeleceu, dentre outros princípios: proteção especial para o desenvolvimento físico, mental, moral e espiritual; educação gratuita e compulsória; prioridade em proteção e socorro; proteção contra negligência, crueldade e exploração; proteção contra atos de discriminação. (AMIN, 2019, p.63)

Nesse contexto, concomitante ao fim da Ditadura Militar e ao restabelecimento da democracia nacional, o Brasil tornou-se signatário da Declaração Universal dos Direitos da Criança e em 1988, quando foi promulgada a Constituição Cidadã, absorveu os princípios da referida declaração, introduzindo o princípio da proteção integral em seu ordenamento jurídico. Assim, houve uma ruptura com a tutela fiscalizadora, moralizante e repressiva que destinava um tratamento segregador aos jovens pobres contida na doutrina da situação irregular.

Portanto, o Código de Menores foi extinto e substituído pelas diretrizes inseridas no texto da Constituição de 1988, que significou uma expansão dos direitos sociais conquistados por movimentos de lutas pela democracia aliada a uma priorização das crianças e dos adolescentes na agenda estatal e nos deveres comunitários, conforme veremos a seguir.

## 2.2 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - ECA

No Brasil, em 1988, a Constituição Federal em seu artigo 227 impõe à família, à sociedade e ao Estado o dever de assegurar uma série de direitos fundamentais da criança e do adolescente.

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

Esse dispositivo constitucional contém os direitos fundamentais e sociais de todo ser humano, porém, direcionados aos brasileiros que estavam vivendo a infância e adolescência com condição preferencial de pessoa em desenvolvimento. Nesse sentido, a Doutrina da Proteção Integral, já defendida no âmbito internacional foi introduzida na Carta Magna, como princípio orientador de políticas públicas sociais.

Um dos princípios exclusivos do âmbito da tutela jurídica da criança e do adolescente é o da proteção integral. Significa que, além de todos os direitos assegurados aos adultos, afora todas as garantias colocadas à disposição dos maiores de 18 anos, as crianças e os adolescentes dispõem de um plus, simbolizado pela completa e indisponível tutela estatal para lhes afirmar a vida digna e próspera, ao menos durante a fase de seu amadurecimento. (NUCCI, 2020, p.25)

A partir desse marco histórico, as crianças e adolescentes foram reconhecidos de maneira universal como titulares de direitos no ordenamento jurídico brasileiro, modificando a concepção de pessoas incapazes, sujeitas às vontades dos adultos.

Uma vez que a população infanto-juvenil se encontra em fase peculiar de evolução biológica, psíquica e social, estão expostos aos riscos sociais provocados por inúmeros fatores, com destaque para a ausência de acompanhamento familiar, comunitário e da assistência dos órgãos públicos. Esse olhar contemporâneo foi influenciado pelos tratados e convenções internacionais de Direitos Humanos e foi evoluindo de forma a obrigar os estados a inserir em seu ordenamento jurídico regras destinadas à proteção da infância e da juventude.

A Constituição Federal de 1988 é considerada o marco jurídico desse processo, por alçar o ser humano e a preservação de sua dignidade a posições centrais da nova organização política do Estado brasileiro, com a valorização dos Direitos Humanos a possibilitar o reconhecimento expresso de novos sujeitos de Direito: pela primeira vez, mulheres e homens são juridicamente considerados iguais perante a lei, pessoas indígenas ganham capítulo próprio no texto constitucional e crianças e adolescentes passam a integrar essa categoria jurídica. (ZAPATER, 2019, p. 65)

Em 1990, foi promulgado o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), (Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990). Trata-se de um conjunto de normas específicas com o objetivo de concretizar, através de um amplo e articulado sistema de garantia de direitos, a proteção constitucional às crianças e aos adolescentes em sua integralidade. Conforme prevê o Art.3º:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

O Estatuto, em seu art. 2º, define como criança a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. Não é utilizado mais o termo “menor”, superando a visão negativa do antigo Código de Menores.

No intuito de cumprir o princípio da igualdade, o ECA determina que todas as crianças e adolescentes possuem os mesmos direitos, sem nenhum tipo de discriminação, inclusive aqueles a que se atribua autoria de ato infracional. Ao trazer o princípio da prioridade absoluta, garante com respaldo constitucional que as crianças e os jovens tenham preferência na formulação de políticas sociais básicas, como saúde, educação e assistência e atendimento nos serviços a estas vinculados, bem como de prestação de socorro em situações de emergência.

Se o Direito se funda num sistema de garantias dos direitos fundamentais das pessoas, e no tocante a crianças e adolescentes um sistema especial de proteção, as pessoas (entre elas crianças e adolescentes) necessariamente têm um mesmo status jurídico: aquele que decorre dos artigos 227, 228 e 226 da CF e se cristalizou, na lei ordinária, no Estatuto da Criança e do Adolescente (MACHADO, 2003, p. 146)

De acordo com a autora, o Estatuto da criança e do Adolescente, portanto, é resultado do avanço dos pressupostos de igualdade entre as pessoas defendida pela Constituição de 1988. Desse modo, a população infantojuvenil não é mais um grupo diferenciado dos demais cidadãos por estarem em situação irregular. Passa, portanto, a ser considerado pessoas detentoras de

todos os direitos fundamentais, mas que necessitam de instrumentos adequados às situações específicas que vivenciam.

Para viabilizar na sociedade o cumprimento dos direitos infantojuvenis, o ECA designou O Conselho Tutelar como responsável por fiscalizar e tomar as medidas cabíveis para que os direitos da criança e do adolescente, previstos em lei, sejam cumpridos. Conforme o Artigo. 131 do referido estatuto, “O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei”. Dentre suas atribuições podemos citar o atendimento a pais e responsáveis, aplicando medidas definidas em lei para proteção de crianças e adolescentes; a requisição de serviços públicos nas áreas de saúde, educação, assistência social, previdência, trabalho e emprego, providenciar medidas determinadas pela autoridade judiciária para o efetivo cumprimento destes direitos.

É importante destacar que os Municípios são responsáveis pela criação e pelo funcionamento dos Conselhos Tutelares locais. Diante disso, devem priorizar, mediante inclusão na legislação orçamentária, as despesas necessárias à condução das atividades a serem realizadas pelos conselheiros tutelares.

### **2.2.1 A essencialidade do direito à vida e à saúde – Inovações trazidas pela Lei n.8069/90 (ECA)**

Diante da nova concepção de direitos estabelecida pela Constituição de 1988 e pelo ECA, o direito à saúde das crianças e dos adolescentes foi incluído na agenda estatal e como consequência, o poder público definiu normas jurídicas que determinam um tratamento igualitário dessas pessoas em relação a todos os brasileiros, considerando, contudo, sua condição peculiar de ser humano em desenvolvimento para definir ações e políticas públicas.

O direito humano à vida, inclusive do nascituro, é reconhecido em pacto internacional do qual o Brasil é signatário, da Convenção Americana sobre os Direitos Humanos: “Artigo 4º – Direito à vida: 1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente.”

A preservação da vida e da saúde de uma pessoa é um direito primordial que deve ser assegurado desde a sua concepção. Nesse sentido, como forma de garantir as condições necessárias para um nascimento saudável, a Lei nº 11.804, de 05.11.2008 disciplina o direito à

prestação de alimentos gravídicos, com o objetivo de garantir que a gestante tenha a devida assistência, tendo asseguradas os recursos suficientes para gerar seu filho com saúde.

Para garantir que a vida seja preservada, é obrigatória a conexão com a política universal de saúde, uma vez que não existe vida sem saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) trata-se de um direito fundamental, sendo definido por um conjunto de bem-estar físico, mental e social. Ou seja, a saúde não é conceituada apenas pela ausência de doença, mas uma concepção ampliada que depende de uma rede de garantias asseguradas por outras políticas sociais, como educação, assistência social, saneamento básico, habitação, dentre outras.

No Brasil, o direito à saúde da criança e do adolescente é efetivado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), obedecendo a prioridade constitucional definida no art. 227 da Constituição Federal. Aos pais e responsáveis, cabe o dever de acompanhar a saúde de seus filhos através de consultas na atenção básica, bem como permanecerem ativos na realização de cuidados essenciais com a alimentação, higiene e vacinação obrigatória nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias. Ou seja, decorre do poder familiar a responsabilidade de garantir que a criança e o adolescente tenham a assistência indispensável ao seu desenvolvimento físico, mental e social.

No ECA, o direito à vida e à saúde estão expressos no art. 7º: “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”. Além do dever dos pais de cuidar, educar e proteger, o referido estatuto estabelece que o poder público determine medidas de caráter preventivo através de ações que permitam o nascimento e o crescimento saudável.

Para isso, os serviços assistenciais constituem uma rede de atendimento à criança e ao adolescente desde o ventre materno, abrangendo um atendimento digno nas mais diversas situações em que as mães se encontrem. Assim, verifica-se no artigo 8º do ECA, compete ao Sistema Único de Saúde uma série de cuidados às crianças no nascimento e na primeira infância.

§ 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal.

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

§ 10º Incumbe ao poder público garantir, à gestante e à mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do

Sistema Único de Saúde para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança.

O referido artigo passou por modificações introduzidas pela lei nº 13257/2016 (Lei da primeira Infância<sup>1</sup>). Nesse contexto, verifica-se uma nova perspectiva na atenção à saúde da criança, integrando o atendimento específico para assegurar o seu desenvolvimento nos primeiros anos de vida. Para tanto, se fez necessário que os serviços de saúde priorizassem o acolhimento das gestantes e de seus filhos sem distinção. Tais medidas visam assegurar internação em alojamento conjunto, garantindo protocolos para facilitar a amamentação, a busca ativa pela gestante que abandonas as consultas do pré-natal, dentre outros cuidados essenciais, incluindo as mães que estejam acolhidas em instituições assistenciais ou cumprindo medidas privativas de liberdade. Portanto:

Com a Lei n. 13.257/2016, a humanização do parto, o cuidado com a parturiente durante todo o período gestacional e pós-parto, assim como instruções sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável, crescimento e desenvolvimento infantil passaram a integrar, foram inseridos no ECA, ampliando o direito fundamental à vida e à saúde (AMIN, 2019, p 99)

Foram acrescentadas outras mudanças ao artigo 11 do ECA, como o estabelecimento de linha de cuidados voltadas às crianças e adolescentes com deficiência, determinando o atendimento integral em saúde sem discriminação ou segregação além do atendimento voltado a suas necessidades específicas. Dessa forma, permanece a obrigatoriedade do fornecimento gratuito de medicamentos, órteses e próteses e de outras tecnologias assistivas para sua habilitação e reabilitação.

Além da responsabilidade do Poder Executivo nas esferas federal, estadual e municipal, o direito à saúde da infância e juventude constitui demanda de fundamental interesse do Ministério Público e do Poder Judiciário, sobretudo diante das violações ao princípio da Prioridade Absoluta. Não são raras as situações de judicialização do direito à saúde, nas quais é necessária decisão dos tribunais para forçar que o Estado se abstenha de negar recursos indispensáveis para que a criança e o adolescente tenham sua vida preservada.

---

<sup>1</sup> De acordo com Zapater (p. 58) A Lei n. 13.257/2016, que ficou conhecida como Marco Legal da Primeira Infância, alterou textos do Estatuto da Criança e do Adolescente e de outras legislações, como por exemplo a CLT e o Código de Processo Penal, com o objetivo de garantir uma ênfase na formulação e implementação de políticas públicas voltadas especialmente às crianças de zero a seis anos de idade. A norma também possibilitou uma adição de incentivos a empresas para concessão de licença maternidade e paternidade, significando assim uma ampliação do exercício de direitos humanos das crianças.

Conforme visto neste subtópico, o Estatuto da Criança e do Adolescente garante, mediante prioridade absoluta, a preservação da vida e da saúde de todos garantido a efetivação de seus direitos fundamentais desde a concepção. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) trata-se de um direito fundamental, sendo definido por um conjunto de bem-estar físico, mental e social. Ou seja, a saúde não é conceituada apenas pela ausência de doença, mas uma concepção ampliada que depende de uma rede de garantias asseguradas por outras políticas sociais, como educação, assistência social, saneamento básico, habitação, dentre outras.

Nesse contexto, apresentaremos os principais deveres que devem ser cumpridos pelo poder público, profissionais de saúde, pais e responsáveis no processo de prevenção e recuperação da saúde infanto-juvenil.

a) Cuidados referentes ao registro e acompanhamento de recém-nascidos

De acordo com o Art. 10 do ECA, os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a:

- I – Manter o registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos;
- II – Identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente;
- [...]
- III – Fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato.

As normas indicadas pelo estatuto buscam a garantia de transparência dos procedimentos hospitalares, e a uniformização dos cuidados quanto à devida identificação e o diagnóstico de possíveis doenças que possam estar relacionadas a problemas na gestação ou no nascimento.

Dessa forma, a lei promove a garantia do bem-estar da gestante e do recém-nascido, trazendo mais segurança no sentido de evitar situações como erros de registro e até mesmo trocas de bebês. Os artigos 228 e 229 do ECA tipificam como crime a omissão dos dirigentes e profissionais do estabelecimento de saúde quanto a correta identificação da genitora e da criança, nos termos do artigo citado.

b) O direito ao acompanhante

O Art. 12 do ECA prevê a obrigação dos estabelecimentos de saúde assegurar a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente, inclusive nas unidades neonatais e de terapia intensiva. Parece óbvio afirmar que as crianças e adolescentes necessitam ser representados ou assistidos por seus pais ou responsáveis em razão de sua idade, porém, trata-se de uma questão que envolve outros aspectos. É sabido que durante o processo de hospitalização os procedimentos médicos, exames podem provocar medo, insegurança e angústia ao paciente. Em vista disso, o apoio da mãe, do pai ou do familiar com quem a criança ou adolescente possua vínculo afetivo torna-se fundamental para facilitar a sua recuperação.

Ademais, a presença do acompanhante também não pode ser negada aos adolescentes que estejam sob custódia das entidades educacionais, cumprindo medidas socioeducativas. Conforme afirma Amin:

Tratando-se de direito fundamental – irrenunciável, ilimitado, imprescritível –, não pode ser negado aos adolescentes que praticaram ato infracional. Caso internados, devem ter o direito de se manterem acompanhados. Não se mostra plausível negar o cumprimento da lei sob o fundamento de que o infrator encontra-se em custódia e a presença de um responsável poderia facilitar eventual fuga, argumento não raro utilizado. Cabe ao Estado estudar meios de manter os dois interesses – vigilância e acompanhante. (AMIN, 2019, p. 116)

Dessa forma, entendemos que para assegurar a presença do acompanhante durante 24 horas, os serviços de saúde devem estar preparados, disponibilizando durante a internação todas as refeições necessárias, local para descanso, além de viabilizar a sua participação na recuperação do paciente. Assim, o hospital deve permitir que o acompanhante obtenha esclarecimentos com os médicos, receba orientações da equipe multiprofissional, tenha o acesso prontuário clínico e aos canais para expressar reclamações ou sugestões, como por exemplo, ouvidoria interna. Para que ocorra a efetiva garantia desses direitos no âmbito do SUS, tais medidas estão contidas em documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, como resoluções e cartilhas, bem como no regimento interno das instituições.

### **c) A obrigatoriedade de vacinação**

O § 1º do art. 14 do ECA estabelece a obrigatoriedade da vacinação de crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias. Diante disso, cabe ao SUS promover em sua rede de atendimento o acesso às vacinas de acordo com o calendário anual de vacinação além de realizar campanhas educativas junto às escolas.

Com base no ECA, podemos interpretar que a vacinação é um direito fundamental, na medida preventiva que visa proteger a criança e o adolescente de uma série de doenças que podem comprometer sua saúde e até mesmo sua vida. Sendo assim, a vacinação do público infantojuvenil não é um ato facultativo aos pais e responsáveis, pois constitui um dever decorrente do poder familiar. Tal obrigação é exigível sempre que o Ministério da Saúde divulgar como necessário.

#### **d) A assistência religiosa**

A Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000 em seu art. 1º assegura que religiosos de todas as confissões tenha acesso aos hospitais da rede pública ou privada, além de estabelecimentos prisionais civis ou militares, para prestar assistência religiosa aos internados, com autorização dos pacientes ou de seus familiares.

Em relação ao público infantojuvenil o ECA garante o direito à crença e ao culto religioso enquanto componente do direito à liberdade (art. 16, II). Já o item 11 da resolução nº 41/1995 do CONANDA garante o direito da criança e do adolescente em internamento hospitalar receber apoio espiritual/religioso, conforme a prática de sua família.

Diante disso é preciso que os estabelecimentos hospitalares organizem protocolos que facilitem a entrada de representantes de todas as crenças, sem discriminação, respeitando o direito à diversidade e jamais impondo aos pacientes e familiares práticas relacionadas a uma religião específica.

### **2.3 A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS)**

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 203, define que o direito à assistência social deve ser garantido a quem dela necessitar, sem necessidade de contribuição à seguridade social. A partir de então, foi constituído o marco inicial da assistência social enquanto política integrante do tripé da Seguridade Social brasileira, junto com as políticas de saúde e de previdência social, deixando de ser considerada uma prática social executada pela esfera da filantropia para ser sistematizada pelo Estado como política voltada para garantir a cidadania a partir da provisão de mínimos sociais a quem necessitar.

Segundo Simões (2007), o fundamento das ações assistenciais está na própria sociedade, que em sua natureza gera distorções e exclui vários segmentos populacionais, sendo relativamente incapaz de garantir a todos uma qualidade de vida digna e igualitária. Dentre os

seus objetivos estão a proteção à família, à maternidade à infância, à adolescência e à velhice (inc. I) e o amparo às crianças e adolescentes carentes (inc. II).

Em 1993, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – Lei N° 8.742/93 – regulamentou a assistência enquanto política pública, atribuindo a seguinte definição: “A Assistência Social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de iniciativas públicas e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (Art.1º da LOAS). A partir daí a população mais necessitada passa a contar com um instrumento legítimo que deve prover atendimento especializado para obter condições mínimas de subsistência.

A LOAS também instituiu o Conselho Nacional de Assistência Social e estabeleceu a criação de um sistema descentralizado e participativo de Assistência Social, onde cada município tem o papel de identificar as demandas da população e intervir no combate aos problemas decorrentes da desigualdade social produzida na sociedade capitalista e intensificada pelas reformas realizadas a partir do ajuste neoliberal. Para tanto, no plano formal as ações assistenciais perdem a concepção de benemerência para constituírem mecanismos institucionalizados de cobertura dos riscos sociais que prejudicam uma grande parte dos brasileiros. Essas ações atribuem uma lógica de promoção da cidadania que parte do poder público para os usuários da assistência social.

O avanço produzido pela regulamentação da assistência está na possibilidade de inserir as camadas populacionais mais empobrecidas em espaços que antes eram inalcançáveis devido à sua extrema carência de bens materiais. A dependência da ajuda prestada pela sociedade civil seria reduzida na medida em que o trabalhador passa a ter suas demandas institucionalizadas pelo Estado sob a ótica do direito social. “Sem dúvida, uma mudança substantiva na concepção da Assistência Social, um avanço que permite sua passagem do assistencialismo e de sua tradição de não-política para o campo da política pública” (YAZBEK, 2004, p 14).

Nesse contexto, a Política nacional de Assistências Social (PNAS) instituiu o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), no ano de 2004, com o objetivo de descentralizar as ações assistenciais, envolvendo os três níveis da federação. O governo Federal destina recursos diretamente para os Municípios, garantindo-lhes autonomia para organizar programas, projetos e benefícios sociais para atender às necessidades da população mais vulnerável.

Os usuários da Política de Assistência Social são: cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou

fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; identidades estigmatizadas em termos étnicos, cultural e sexual; limitações devido a deficiências; exclusão pela pobreza e/ou dificuldades no acesso às políticas sociais; uso de substâncias psicoativas; violência em suas diversas formas; desemprego ou trabalho precário, etc.

É na realidade desses grupos que a assistência deve intervir de maneira sistematizada e integrada com as demais políticas sociais (saúde, educação, previdência) para protegê-los dos riscos sociais, inseri-los no mercado de trabalho e garantir mínimos sociais aos considerados incapacitados para exercer atividades remuneradas. Diante disso, podemos sinalizar que a política de assistência social significou, no plano jurídico, um avanço em relação à superação da concepção de caridade historicamente atribuída às ações assistenciais.

No âmbito do sistema de garantia de direitos das crianças e dos adolescentes, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) busca identificar e atuar nas situações de vulnerabilidade e risco social que afetam as famílias através de uma rede de serviços socioassistenciais<sup>2</sup>. Tais serviços estão divididos em proteção social básica e proteção social especial de média e alta complexidade, destinados a atender de maneira prioritária os jovens com menos de 18 anos, fortalecendo vínculos familiares e comunitários e executando ações para prevenir as formas de violação de seus direitos.

---

2 Conforme Resolução 109/2009 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), os Serviços da proteção básica compreendem: a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); c) Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas. Os Serviços da Proteção especial de média complexidade incluem a) serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), b) Serviço Especializado em Abordagem Social; c) Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. A proteção especial de Alta complexidade inclui: a) Serviço de Acolhimento Institucional; b) Serviço de Acolhimento em República; c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; d) Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências. Para mais detalhes, ver na íntegra a referida resolução.

### 3 O SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL MUNICIPAL VALENTINA E O TRABALHO COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS

O objeto do trabalho dos assistentes sociais é composto pelas refrações da questão social<sup>3</sup> provocadas pelos impactos do capitalismo sobre a classe trabalhadora. O objetivo de sua intervenção é a garantia dos direitos sociais da população. Nesse sentido, observamos a interface do Serviço Social com o campo jurídico.

Para o Serviço Social que tem como objeto de trabalho as refrações da questão social, explicitadas a partir de desigualdades oriundas da contradição entre capital e trabalho e que trazem como contraponto resistências efetivadas pelos sujeitos, desvendar essas refrações se constitui em importante contribuição, do mesmo modo que para o Direito este processo é fundamental para que seja possível contribuir com a construção da justiça. (PRATES E PRATES, 2009)

O Serviço Social é uma profissão que está inserida nos mais variados processos de trabalho realizados no Sistema Único de Saúde – SUS. A saúde é um espaço sócio-ocupacional com ampla demanda por assistentes sociais para compor as equipes multiprofissionais em seus serviços. Uma vez que a saúde enquanto política pública vem sendo construída concomitantemente às mudanças societárias, o mercado de trabalho demanda novas maneiras de cooperação nas rotinas institucionais.

Entendemos que o processo coletivo de trabalho nos serviços de saúde define-se a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil; das mudanças de natureza tecnológica, organizacional e política que perpassam o Sistema Único de Saúde; e das formas de cooperação vertical (divisão sociotécnica e institucional do trabalho) e horizontal (expansão dos subsistemas de saúde) consubstanciadas na rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais. (COSTA, 2000)

Portanto, neste capítulo explicaremos a inserção do Serviço Social na construção do Sistema Único de Saúde a partir de um breve histórico sobre o desenvolvimento da saúde enquanto política pública.

---

3 O termo “questão social” surgiu por volta de 1830, por conta do fenômeno do pauperismo evidenciado pela primeira onda industrializante na Europa. Autores marxistas como José Paulo Netto (2001) classificam tal fenômeno como um desdobramento da dinâmica social inerente à burguesia. Seguindo essa lógica, a autora Marilda Vilela Yamamoto considera a questão social como “a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão” (Yamamoto e Carvalho, 1991, p. 77)

### 3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Antes de 1920, a saúde não era considerada um direito nem o Estado tinha o dever de promovê-la, só depois de 1930 começam as primeiras iniciativas, frutos de reivindicações da população e de ameaças à economia. A partir do século XX, devido ao quadro sanitário caótico e principalmente à epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro, foi criado o Instituto Soroterápica Federal e, posteriormente, o Instituto Oswaldo Cruz, cujo patrono é o médico sanitarista que se propôs a erradicar a epidemia.

Nessa época, teve início o modelo sanitarista campanhista, cuja característica era o trabalho de profilaxia no controle de doenças infecto contagiosas. Foi intensificado o trabalho de desinfecção, através da vacinação em massa e obrigatória por Lei Federal. A falta de informação da população e as arbitrariedades cometidas por agentes sanitários provocou manifestação popular, conhecida como a Revolta da Vacina. Apesar desses entraves, o modelo campanhista obteve êxito na erradicação da febre-amarela no Rio de Janeiro, fato que garantiu hegemonia como proposta de intervenção na saúde coletiva, permanecendo até 1945.

Entre 1920 e 1945, época de industrialização e urbanização crescentes, iniciam-se as reivindicações dos trabalhadores por direitos, influenciados pelo movimento operário europeu. Após greves e negociações, surgiram as chamadas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's) regulamentadas pela Lei Elói Chaves em 1923. Era uma espécie de seguro social, embrião do modelo assistencial-previdenciário, As CAP 's eram geridas e mantidas por patrões e empregados, sob regime contributivo, para prestar auxílio mútuo em caso de doença, invalidez e morte. A categoria pioneira foram os trabalhadores dos portos e estradas de ferro.

Na primeira gestão do governo de Getúlio Vargas, em 1930, houve uma ampliação dos direitos trabalhistas. Com a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública, foi efetivada uma proposta assistencial. O governo federal passou a controlar as instituições previdenciárias a partir da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), onde a assistência médica era um dos benefícios. Ainda nesse período é definida a estrutura básica para a criação do Ministério da Saúde, que vai ocorrer em 1953.

Os institutos asseguravam o acesso dos trabalhadores a um plano de assistência médica. Até então, desde antes da República e durante a República Velha, eram atendidos pelas Santas Casas, em razão dos baixos salários e de horários extensivos de trabalho. (SIMÕES, 2007, p. 113)

Outro período de destaque para a saúde foi o período pós-guerra. Entre 1945 e 1966, com o desenvolvimento do *Welfare State* (Estado de Bem-Estar Social) no contexto internacional, a intervenção estatal tornou-se predominante.

Entendemos que a iniciativa sanitária no campo da saúde teve propósitos político-econômicos, visto que o Brasil era um país essencialmente agroexportador devido à monocultura cafeeira. Viu-se a necessidade de sanear os portos e impedir a proliferação de doenças que pudessem prejudicar a saúde da mão-de-obra e pôr em risco o desenvolvimento econômico. Outro fato histórico que contribuiu para o quadro de caos na saúde no início do século passado foi a crescente urbanização, o êxodo rural e a formação de habitações sem planejamento.

No Brasil, com a formulação da Seguridade Social, o modelo assistencial foi se expandindo, mantendo-se as campanhas no âmbito preventivo. A dicotomia entre estes dois modelos persiste. Em 1953 é criado o Ministério da Saúde, uma reestruturação do Departamento Nacional de Saúde. Em 1960 as insatisfações populares clamam por reformas na saúde pública. Os sanitaristas discutem ações de saúde como meta do desenvolvimento econômico.

No ano de 1964, início da ditadura militar no Brasil, foi interrompido o movimento de descentralização, onde o poder fica centralizado na esfera federal. A mercantilização expande o modelo hospitalocêntrico e afeta o modelo preventivo, já que este não estava respondendo às necessidades de uma economia industrializada. Nesse contexto, ocorreu em 1966 a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que restringe a assistência aos trabalhadores do mercado formal, orientada para a geração de lucro.

A medicina previdenciária teve seu auge no regime militar, durante os anos do denominado milagre econômico, incentivando-se o atendimento à saúde do trabalhador, em face dos recortes de acidentes e doenças do trabalho no período e a regulamentação das normas de higiene e segurança no trabalho. (SIMÕES, 2007, p. 113)

De 1968 a 1980: A pauperização na área rural, ocasionando uma explosiva migração para os centros urbanos. Com as cidades cada vez mais populosas, vieram mais problemas de saúde e a população, descoberta em relação à assistência médica, começou a fazer pressão política.

Reivindicava-se a universalização do acesso aos serviços públicos de saúde, considerada direito social e dever do Estado; a descentralização da política de decisões para a esfera estadual e municipal; um sistema unificado de saúde,

com a finalidade de reordenar o setor e reinterpretar e assegurar as demandas de saúde em nível individual. (SIMÕES, 2007, p. 114).

Na área da saúde, a Reforma Sanitária<sup>4</sup>, movimento destinado a reorganizar os serviços de saúde sob a ótica da atenção primária começou a se fortalecer. Os profissionais de saúde defendiam a sistematização onde os princípios fossem: descentralização, participação comunitária, regionalização, hierarquização, municipalização e universalização. O conceito de APS foi sistematizado pelo Congresso de Alma Ata, pela OMS. Segundo dados do IPEA, a partir da década de 1950, o quadro sanitário obteve uma melhora considerável, devido à redução da mortalidade por doenças infecto contagiosas.

Entre as décadas de 1980 e 1990 temos um período de enfraquecimento e queda da Ditadura Militar, onde os Ministérios da Saúde e Previdência apresentam planos para tentar reverter a crise da saúde, como o PREV-SAÚDE. No entanto, essa estratégia não funcionou por falta de recursos. Foram instituídos também o “Pacote da Previdência”, que estabeleceu o aumento da contribuição previdenciária e o CONASP, para racionalizar despesas. Foram implantadas as chamadas Ações Integradas de Saúde (AIS), norteadas pelos princípios que hoje fundamentam o SUS. As AIS possibilitaram avanços expressivos, evoluindo para o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que significou uma concentração de poder nas secretarias estaduais e o início do desmonte do INAMPS. Este período foi marcado como uma transição democrática de preparação para a nova Constituinte.

A politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. A 8ª Conferência foi o acontecimento mais importante nesta direção (BRAVO, 2008).

Em 1986, foi realizada a VIII Conferência de Saúde e nela foram institucionalizados os princípios da Reforma Sanitária, culminando na criação oficial do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição de 1988, mais precisamente no capítulo da Seguridade Social.

---

4 A expressão tem origem na década de 1970, quando foi usada para se referir ao conjunto de ideias que um grupo composto por médicos e outros profissionais de saúde desenvolveram para promover transformações necessárias para melhorar as condições de vida da população e democratizar o acesso serviços de saúde. O referido movimento teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca. As propostas da Reforma Sanitária tiveram como resultado a inclusão do princípio da universalidade do direito à saúde na Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O artigo 196 da Constituição Federal explica que a saúde é direito de todos e ao Estado cabe o papel de promover políticas sociais que visem a redução do risco de doença, em caráter universal. De acordo com o artigo 198, as diretrizes do SUS são as seguintes: “I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade”.

Portanto, o SUS traz uma proposta democrática para gerir os serviços de saúde, visto que a população pode participar ativamente através dos Conselhos e das Conferências de Saúde, além de outros mecanismos como as ouvidorias e dos meios de comunicação em geral. Dessa forma, há um espaço para que os cidadãos sempre cobrem seus direitos, avaliem e opinem de forma a buscar sempre melhorar a qualidade da assistência à saúde.

### **3.1.1 O Serviço Social enquanto profissão de saúde**

Para Matos (2015, p.57). Na década de 1940, quando o serviço de saúde estava sendo construído no país e o campo do conhecimento das outras áreas também se pautava em pressupostos positivistas. O modelo de atenção à saúde era centrado no médico. As outras profissões seguiam uma cooperação vertical.

Na área da saúde, o Serviço Social surge nos hospitais com a demanda de construir um elo da instituição com a família e com o usuário, visando a garantir o seu tratamento após a alta, bem como para realizar um trabalho com a família para que não sofresse materialmente com a ausência do chefe (PINHEIRO, 1985 *apud* MATOS, 2015, p. 57).

A Resolução n. 218/1997, do Conselho Nacional de Saúde, define os assistentes sociais enquanto profissionais de saúde. Não obstante tal enquadramento normativo, o Serviço Social atua nas mais diversas políticas públicas, como assistência social, educação, previdência, habitação etc. A atuação do Serviço Social não se esgota nos atendimentos realizados no campo da saúde, mas dialoga com os saberes acerca dos diversos direitos sociais atendidos pelas áreas mencionadas.

Assim, pode-se dizer que a saúde, como qualquer outro campo de trabalho profissional, apresenta particularidades que necessitam ser desveladas pelos que atuam na área. Assim, compreender os determinantes da política de saúde e seus rebatimentos no trabalho desenvolvido na instituição e na vida dos usuários torna-se fundamental. (MATOS, 2015 p. 64)

De acordo com o projeto profissional do Serviço Social, na contemporaneidade, o “dever ser”, ou seja, os pressupostos éticos políticos para o exercício da profissão estão fundamentados no compromisso com o perfil garantista materializado no Movimento pela Reforma Sanitária, na busca pela interdisciplinaridade, procurando, desse modo, driblar os entraves enfrentados pela profissão devido ao enfraquecimento das políticas sociais.

As condições de vida da população usuária — como, por exemplo, a pauperização, a velhice e ausência de vínculos familiares — têm sido “problemas” para os serviços de saúde. Neles, a “resposta” a esses “problemas” tem sido encarada como responsabilidade exclusiva do Serviço Social. (MATOS, 2015 p. 65)

Nesse contexto, desde a inserção dos princípios defendidos na Reforma Sanitária na Constituição de 1988, para a garantia de um atendimento de qualidade compatível com o rol de direitos sociais, faz-se necessário a atuação de profissionais singularmente comprometidos com o enfrentamento de situações de violações de direitos que afetam as condições de vida da sociedade em geral, sobretudo, dos grupos populacionais considerados mais vulneráveis aos riscos sociais. Diante disso, nos estabelecimentos de saúde assim como em outros setores a participação dos assistentes sociais é indispensável para a garantia dos direitos das crianças, adolescentes e seus familiares.

Regulamentada pela Lei nº. 8.662/93, tendo o seu exercício profissional regido pelo Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e demais resoluções do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS O Serviço Social é uma profissão cujo fundamento é a própria realidade social e seu objeto de trabalho são as múltiplas expressões da questão social, como pobreza, adoecimento, desemprego, violência, dentre outras. Como define Iamamoto:

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. [...] ... a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social (IAMAMOTO, 1997, p.14)

Nesse sentido, a natureza da profissão é majoritariamente interventiva e pressupõe a habilidade de apreensão dos fenômenos sociais e, principalmente, um posicionamento ético

comprometido com a luta pela igualdade. A sua atuação está presente nas dinâmicas que constituem a vida social, participando do processo global de trabalho e tem, portanto, uma dimensão sócio-histórica e política.

Posto isso, trata-se de uma área de conhecimento e de atuação profissional, consolida o seu significado social em suas relações com as demais profissões e com as práticas societárias mais amplas. Para isso, faz-se necessário uma atuação que operacionalize as políticas sociais voltadas aos interesses da população, sobretudo a Assistência Social e a Saúde.

Podemos observar o vínculo do exercício profissional na saúde com a política de assistência social, na medida em que, da forma como está atualmente estruturado o trabalho coletivo em saúde, vem cabendo aos assistentes sociais buscarem, ou tentarem, diferentes recursos — para além das ofertadas pelos serviços de saúde — com vistas a garantir ao usuário os seus direitos. (MATOS, 2015 p.64)

O Código de Ética profissional dos assistentes sociais, instituído em 13 de março de 1993, pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) é um importante instrumento que orienta a atuação dos profissionais, vinculando sua prática a princípios democráticos, necessários à construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Entre os princípios fundamentais podemos destacar o reconhecimento da liberdade como valor ético central; A defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; A ampliação e consolidação da cidadania, posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática e o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; (CFESS, 1993)

Assim, constatamos que o Serviço Social deve ter seu trabalho de maneira respaldada pelos princípios fundamentais de seu Código de Ética, indispensáveis ao exercício de uma conduta profissional comprometida com a garantia de direitos da população. O seu objetivo é colaborar com o fortalecimento de práticas que reduzam as desigualdades, os preconceitos sociais e promovam a emancipação dos indivíduos, respeitando a diversidade humana.

Portanto, o perfil profissional exposto acima se configura como parâmetro para o exercício do Serviço Social junto às demandas apresentadas na saúde pública. O atendimento realizado com os usuários das políticas públicas deve ser fundamentado no projeto profissional.

### 3.2 O HOSPITAL MUNICIPAL VALENTINA E DO SERVIÇO SOCIAL DA INSTITUIÇÃO – DEMANDAS ATENDIDAS ATUALMENTE

O Hospital Municipal de Valentina (HMV), situado no bairro do Valentina Figueiredo, na zona sul do município de João Pessoa, Paraíba, foi inaugurado no ano de 1986 após extinção do antigo Hospital e Maternidade Valentina Figueiredo. É administrado pela Secretaria Municipal de Saúde da referida capital.

Com a descentralização dos serviços de saúde para os municípios, após o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) a instituição atuava na prestação de serviços de saúde como pediatria, pequenas cirurgias e cirurgia geral, ginecologia, mastologia, Proctologia, análises clínicas, contando com equipes formadas por profissionais de medicina, enfermagem, farmácia, laboratório, nutrição, psicologia e serviço social.

Após alguns anos a prefeitura realizou reestruturações na rede hospitalar do município e o Hospital Municipal Valentina passou a abranger leitos de internação e observação pediátricos e direcionou as demandas direcionadas aos adultos para a atenção básica e rede ambulatorial do município, permanecendo para este público apenas o pronto-atendimento em urgência e emergência e pequenas cirurgias.

No ano de 2014 houve uma transformação na unidade hospitalar. Com a construção das Unidades de Pronto atendimento (UPA 24 horas) para atender as demandas de urgência e emergência e desafogar a rede hospitalar da cidade, foi definido um novo perfil de atendimento, quando a instituição passou a abranger exclusivamente o público infante-juvenil, tornando-se referência em pediatria na região metropolitana de João Pessoa. O HMV, passando então a ser conhecido como “o Hospital da Criança”, é considerado “porta aberta”, ou seja, recebe de maneira universal pacientes de 0 até 17 anos, 11 meses e 29 dias, por demanda espontânea e pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), como também através de encaminhamentos da rede estadual de regulação de vagas. Dessa forma, a unidade foi reinaugurada com uma estrutura de atendimento emergencial, leitos de observação (ala vermelha e amarela), de internação em enfermarias e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além de ambulatório de especialidades pediátricas e bloco cirúrgico para procedimentos eletivos e de otorrinolaringologia.

Dentre os leitos disponíveis no hospital há os direcionados a pediatria em geral, doenças raras como anemia falciforme, púrpura, artrite, dentre outras. Após pactuações realizadas entre a rede de atenção psicossocial, Ministério Público, dentre outros órgãos de proteção aos direitos da infância e juventude, foram reservados leitos específicos para atendimentos em saúde

mental, para crianças e adolescentes de até 16 anos de idade, com situações de sofrimento psíquico, intoxicação e abstinência por substâncias ilícitas.

O hospital é gerido por direção geral, direção administrativa, direção técnica e direção multiprofissional, auxiliados pelas coordenações setoriais que exercem cargos em comissão. O quadro profissional da instituição conta com aproximadamente 228 profissionais, de nível superior, médio, fundamental e técnico, sendo estes de especialidades da medicina pediátrica, radiologia, enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, fisioterapia, farmácia, além das equipes de apoio como higienização, hotelaria, copa, lactário, maqueiros, manutenção, informática, arquivo médico, núcleo interno de regulação e da Guarda Civil Municipal.

O setor de Serviço Social funciona por 24 horas na instituição, sendo formada por 15 assistentes sociais, admitidas na Secretaria Municipal de Saúde através de concurso público ou de contrato emergencial por excepcional interesse público.

As profissionais cumprem uma carga horária de 20 a 30 horas semanais, com jornadas de trabalho composta por plantões de 12 horas diurnos das 07 horas às 19 horas e noturnos das 19 horas às 07 horas. A equipe conta com a estrutura mínima para o exercício de suas funções, composta por sala de atendimento exclusiva, armário privativo para guarda de documentos sigilosos, impressos para encaminhamentos e relatórios, computador e e-mail institucional.

Em conformidade com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2009), o Serviço Social do Hospital Municipal Valentina criou o seu Procedimento Operacional Padrão (POP), documento que orienta a prática profissional diante das mais diversas situações, sejam atividades de rotina ou demandas espontâneas. O POP consolida as seguintes atribuições:

a) Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária; Os assistentes sociais possuem como atribuição informar a população usuária sobre as normas e rotinas do serviço, direitos e deveres de pacientes e acompanhantes atendidos na instituição.

(COSTA, 2000) classifica essas ações como procedimentos de natureza socioeducativa, informação e comunicação em saúde: com o objetivo de assegurar aos usuários as informações em relação às normas da instituição, aos serviços oferecidos, aos trâmites para acesso ao prontuário, informações sobre os procedimentos realizados, terapêuticas administradas, etc. Além desses esclarecimentos, o setor de Serviço Social é frequentemente procurado por acompanhantes de pacientes para questionar sobre como justificar ausência no trabalho devido ao acompanhamento de crianças e adolescentes para consultas, observação ou internação

hospitalar. Cabe aos profissionais ter o conhecimento básico sobre a legislação trabalhista atual para orientar de forma precisa sobre as hipóteses em que o usuário pode se afastar de suas atividades laborais para cumprir os deveres de assistência aos filhos ou paciente sob sua guarda ou tutela.

b) 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 - Nesse quesito há o preenchimento de um formulário de entrevista para que o acompanhante informe sobre renda, escolaridade, condições de habitação, acesso à água tratada, energia elétrica, saneamento básico, acesso ao posto de saúde, educação, vacinação, dentre outros.

Esse processo, em geral, é realizado através de entrevistas, questionários, cadastros e diagnósticos sociais, nos quais são privilegiados os dados relativos às condições sanitárias, habitacionais, composição familiar, emprego, renda, religião e referências pessoais. A sua principal utilidade reside em facilitar o fluxo de informações e a comunicação entre o serviço e a família do usuário para agilizar a resolução de problemas emergentes no decorrer do processo de prestação de serviços (COSTA 2000, p. 47)

O referido instrumento viabiliza o conhecimento do profissional sobre a necessidade de inclusão da família em programas sociais. Estas informações fornecem *a priori*, subsídios à equipe para realizar uma intervenção individualizada, caso a caso para identificar situações de vulnerabilidade social, conflito familiar, violência ou negligência, em conjunto com a equipe multiprofissional para encaminhar à rede especializada e ao Conselho Tutelar

c) Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal; são realizadas orientações aos acompanhantes fumantes, estabelecendo junto à equipe multiprofissional uma estratégia de redução de danos e orientando sobre a busca por tratamento especializado. Em casos em que a saúde da criança está prejudicada por influência do tabagismo dos pais pode ser realizado um trabalho junto a esses responsáveis que vão desde trocas de acompanhantes, orientações para busca de

atendimento na rede SUS até solicitação de apoio do Conselho Tutelar para que requisite essa assistência junto ao poder público

d) 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; os encaminhamentos institucionais realizados a serviços como CRAS, CREAS, INSS são realizados por meio de abordagens individuais, sempre que identificada a necessidade dos usuários. Nesse aspecto, o assistente social deve conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de contatos institucionais, por exemplo, contato com as secretarias de saúde dos diversos municípios nos casos em que o paciente deve ter uma continuação do tratamento pós alta.

e) Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; durante o tratamento de saúde e as consultas realizadas na unidade o Serviço Social mantém contato direto com os usuários e familiares, orientando a participarem da internação, solicitarem esclarecimentos médicos acerca dos procedimentos e exames que serão realizados. São construídos diálogos junto à equipe multiprofissional de forma a minimizar quaisquer dificuldades que os usuários possam apresentar.

f) Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social; os assistentes sociais registram diariamente suas intervenções nas fichas de atendimento dos pacientes atendidos na urgência pediátrica cujo conteúdo vão desde orientações aos responsáveis até encaminhamentos serviços externos e órgãos de proteção como os Conselhos Tutelares.

Assim, conforme afirma MATOS: “A chamada documentação em Serviço Social é um conjunto de registros elaborados pelo próprio profissional no contexto da sua intervenção profissional, logo uma expressão do trabalho do assistente social na saúde”. (MATOS, 2015 p.110). Quanto aos pacientes internados nas enfermarias e na UTI pediátrica são registradas as visitas diárias, acolhimento social, orientações sobre direitos e deveres dos usuários, abordagem socioeducativas, atendimentos multidisciplinares em conjunto com profissionais da enfermagem, medicina e psicologia.

g) Potencializar a orientação social em relação aos direitos sociais dentro da instituição, contribuindo para a desburocratização do acesso; é realizada a intervenção em caso de conflitos, atendendo as demandas de cunho social de maneira individualizada e encaminhando as demais junto aos profissionais responsáveis, assegurando o direito à informação; Todas as solicitações os usuários são avaliadas particularmente, como por exemplo, as solicitações de autorização de visitas em horário extraoficial; Trata-se de garantir o direito às visitas dos familiares e pessoas próximas respeitando os protocolos de segurança do paciente e controle de infecções.

h) Em caso de óbito, cabe ao Serviço Social prestar assistência à família, realizando as devidas orientações acerca de serviços e benefícios (Serviço de verificação de óbito, Balcão de Direitos<sup>5</sup> etc.). O apoio social nas unidades hospitalares abrange as famílias de luto após a perda dos entes queridos. Nesse sentido, os procedimentos realizados pelo Serviço Social compreendem o repasse de orientações e encaminhamentos junto à família ou responsável para liberação do corpo junto ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO), traslado e sepultamento, incluindo informações acerca dos trâmites nos cartórios e junto à previdência social quando necessário.

Portanto, diante das atribuições apresentadas, podemos classificar a atividade dos assistentes sociais na saúde a partir de dois núcleos de objetivação (COSTA, 2000), o primeiro é composto pelo levantamento de dados ao realizar a caracterização e identificação das condições socioeconômicas, familiares e sanitárias dos usuários; Interpretação de normas e rotinas - procedimentos de natureza educativa, como orientações, aconselhamentos e encaminhamentos individuais e coletivos. O segundo compreende a administração de medidas e iniciativas de caráter emergencial - assistencial diante das emergências sociais que interferem

---

5 O Balcão de Direitos fundamenta-se na Lei Municipal nº 12.015, de 23 de dezembro de 2010, que autoriza o Poder Executivo Municipal a conceder auxílio a pessoas carentes e dá outras providências e na Lei Orgânica de Assistência Social que garante o atendimento das necessidades básicas, traduzidas em proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, que estabelece diretrizes sobre a concessão de benefícios eventuais. É destinado aos Cidadãos que moram em João Pessoa e suas famílias, em situação de vulnerabilidade social, vítimas de: emergência social, calamidade pública ou risco de vida. Nos serviços de saúde, o benefício eventual mais solicitado é o chamado Auxílio Funeral, Benefício eventual do Sistema único de Assistência social. De acordo com o art. 9º da lei municipal mencionada acima, concedido mediante apresentação de declaração ou certidão de óbito, documentos de identificação e comprovante de residência da pessoa que fora a óbito. Constitui-se na concessão emergencial de urna funerária, acessórios para o velório (tripé, crucifixo, Bíblia e castiçais) e o traslado para locais no âmbito do município de João Pessoa.

no processo saúde-doença, bem como o atendimento da demanda reprimida decorrente da deficiência de oferta dos serviços de saúde e de acesso às demais políticas sociais públicas.

Tais entraves estão relacionados às desigualdades econômicas, políticas e sociais e culturais a que estão submetidos a maioria da população usuária do SUS. É um universo de questões que demanda mobilização de recursos dentro e fora da unidade de saúde.

#### **4 AS TÉCNICAS DE ATENDIMENTO UTILIZADAS PELO SERVIÇO SOCIAL À LUZ DO ECA, CF DE 1988 E DO SUS**

O objetivo deste último capítulo é aprofundar a discussão realizada nos capítulos anteriores sobre o papel do Serviço Social na garantia dos direitos relacionados à vida e à saúde infanto-juvenil. Foi visto que o Estatuto da Criança e do Adolescente influenciou, com base na doutrina da proteção integral, o Estado brasileiro a adotar um modelo de atenção ampliada para ser operacionalizado no interior das políticas setoriais, sobretudo na saúde e na assistência social.

Em relação aos serviços de saúde, de assistência social em seu componente especializado e demais órgãos que compõem o Sistema de garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, o art. 13º § 2º do ECA determina que em suas diferentes portas de entrada, o atendimento de crianças na faixa etária da primeira infância com suspeita ou confirmação de violência de qualquer natureza deve ser realizado com máxima prioridade, incluindo intervenção em rede.

Diante disso, as instituições mantidas pelo SUS são reveladas como espaços de grande relevância para a busca pela efetivação de direitos sociais das crianças e dos jovens, uma vez que absorvem cotidianamente as mais diversas demandas resultantes de violações à integridade física, psíquica e sexual dessa população.

Nesse contexto, a resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995, texto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, define em seu item 19 que as instituições hospitalares devem respeitar integralmente os direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente. O referido documento, que possui 20 itens, foi aprovado por unanimidade na 27ª Assembleia Ordinária do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e trata especificamente sobre os direitos da criança e do adolescente em situação de internação hospitalar.

O CONANDA, por sua vez é um órgão colegiado permanente de caráter deliberativo, previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente. Foi criado com o objetivo de exercer deliberação e controle da política nacional de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente. Dentre suas competências podemos destacar a de elaborar normas de atendimento aos direitos da população infantojuvenil e a de fiscalizar a execução da política prevista no ECA

#### 4.1 O ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL FRENTE ÀS SUSPEITAS DE VIOLAÇÕES DE DIREITOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Para conhecer a forma em que o Serviço Social elabora as respostas frente às demandas dos usuários, foi realizada uma abordagem descritiva das principais ações profissionais realizadas em casos de suspeita ou confirmação de violações de direitos dos pacientes atendidos na unidade hospitalar. Os dados foram obtidos através da leitura de materiais de acesso público, como fluxograma institucional e de documentos de uso exclusivo da equipe de assistentes sociais, como livro de ocorrências diárias, pastas de arquivos e e-mail institucional. Na rotina hospitalar, as demandas acima são conhecidas pela equipe de Serviço Social do H MV da seguinte maneira:

- a) Encaminhamento pós consulta médica: Ao chegar no hospital, o paciente, acompanhado geralmente pela mãe ou responsável, é submetido a um acolhimento com profissional de enfermagem, para uma avaliação dos sintomas apresentados e relatados pelo acompanhante. Dessa forma é realizada a classificação de risco, direcionando o paciente para atendimento de acordo com o nível de urgência detectado. No atendimento médico, a criança ou adolescente é avaliado pelo pediatra plantonista. Nesse momento, os médicos ao verificarem qualquer suspeita de violação de direitos encaminham de imediato para a equipe de Serviço Social de plantão realizar o atendimento e realizar a comunicação do fato ao Conselho Tutelar correspondente.
  
- b) Conhecimento durante as visitas de rotina aos leitos: Os assistentes sociais, assim como os demais profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, realizam diariamente visita leito a leito. O objetivo das visitas é realizar escuta, acolhimento social, identificando as situações em que é necessário encaminhar a família para a rede de serviços assistenciais. Nesse momento, o Serviço Social também realiza abordagens socioeducativas, no sentido de orientar os acompanhantes a participarem ativamente da recuperação do paciente que está sob sua responsabilidade. Os pais e responsáveis são incentivados a manter hábitos saudáveis para manter o ambiente adequado e a questionar os médicos acerca da evolução da saúde dos pacientes. Além disso, são ouvidas as queixas provenientes do processo de hospitalização, que são direcionadas aos setores competentes para a devida resolução.

c) Solicitações dos profissionais não médicos que compõem a equipe multiprofissional (enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia): Durante o plantão os assistentes sociais são frequentemente contactados por outros profissionais para intervir em situações adversas. Os chamados são para acompanhar a família em situações emergenciais, como piora do quadro clínico do paciente ou óbito. O contato com familiares dos usuários tem sido exclusivamente do Serviço Social, uma vez que no âmbito do trabalho coletivo em saúde o assistente social é visto como a ponte de ligação do serviço com a vida do usuário. Uma das solicitações mais comuns é para atender pacientes e acompanhantes no sentido de buscar soluções para situações de conflito familiar, comportamento prejudicial ao tratamento dos pacientes, com o por exemplo, deixar crianças e adolescentes desacompanhados nos leitos, recusa de medicações ou do internamento, uso de cigarro, dentre outras questões.

d) Procura espontânea dos pais ou responsáveis: O Serviço Social recebe os usuários no setor para atendimento de demandas de escuta individualizada, orientações diversas, como forma de acesso aos serviços internos da unidade e à rede de atendimento externa. São realizados contatos com outras instituições, com familiares a pedido dos usuários. Há a procura dos assistentes sociais para realizar reclamações quanto à qualidade dos serviços prestados, como também para avaliar necessidade de trocas de acompanhante, visitas além do que é permitido pelas normas da instituição. Outra possibilidade é quando os familiares das crianças e dos adolescentes buscam diretamente o apoio das profissionais do setor para solicitar para denunciar situações como maus-tratos, negligência, abandono, violência física, psicológica e sexual.

As orientações e educação em saúde faz parte de programa permanente da instituição voltado ao Controle de Infecções Hospitalares e Protocolos de Segurança do Paciente. Contudo, prescrições realizadas pelos assistentes sociais quanto aos direitos e deveres dos pacientes e familiares vão além das normas e rotinas institucionais.

São abordados aspectos legais referentes ao ECA, como forma de prevenção à violência, negligência e outras ações que possam acarretar violação de direitos. Conforme o Art. 18: “É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”. Com base nesse pressuposto, sempre que verificadas situações incompatíveis com o bem-estar físico, mental e social das crianças e dos adolescentes há o direcionamento para averiguação e encaminhamento para os órgãos e serviços necessários. Seguem abaixo as principais ocorrências:

**Negligência e abandono:**

A negligência para o Ministério da Saúde, significa a “omissão de cuidados básicos como a privação de medicamentos; a falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde; o descuido com a higiene; a ausência de proteção contra as inclemências do meio como o frio e o calor; o não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola”. No contexto hospitalar, a negação do tratamento por parte dos pais ou responsáveis é uma causa frequente de intervenção do Serviço Social na urgência e na internação pediátrica. São variadas as justificativas.

A realidade social das famílias, muitas destas chefiadas por mulheres muitas vezes levam à recusa do tratamento adequado, principalmente nos casos em que é necessária uma internação hospitalar. Dentre as circunstâncias apresentadas, há o temor pela perda da fonte de renda através do vínculo trabalhista ou do trabalho informal como também a responsabilidade com os outros filhos em casa.

Outro fator relevante é a falta de apoio familiar, impossibilitando que algumas necessidades decorrentes do processo de hospitalização sejam supridas. Diante desse conflito, O Serviço Social irá abordar o responsável com o objetivo de compreender a dinâmica familiar para assim minimizar as dificuldades e buscar soluções. Dessa forma, a profissional recorre a uma possível rede de apoio da família daquele paciente, ou seja, parentes ou pessoas com quem a família possua vínculos de confiança. Caso não se verifique êxito e ocorra uma evasão do ambiente hospitalar, o Conselho Tutelar poderá ser contactado para exercer medidas de acordo com suas atribuições.

A ocorrência de atraso na vacinação também pode ser interpretada como negligência, assim como a recusa do tratamento de saúde. Os pais ou responsáveis são orientados a manter os cartões de vacinação em dia e nos casos nos quais forem identificadas ausências de vacinas o Serviço Social orienta a realizar a atualização após alta, nos casos de pacientes internados por enfermidades que impossibilitem a saída do ambiente hospitalar é viabilizada a vacinação do paciente ao leito. Os casos em que os profissionais constatarem que a criança não possui registro de vacinação são encaminhados ao Conselho Tutelar para averiguar possível negligência.

Os manuais do Ministério da Saúde classificam o abandono como a forma mais grave de negligência. É o resultado da completa falta de cuidados básicos e do rompimento de vínculos afetivos, que pode envolver maus-tratos. No âmbito da saúde, essa situação abarca não só as condutas que envolvem castigos físicos, mas também todos os costumes que possam prejudicar o desenvolvimento saudável da criança e do adolescente.

Contudo, apesar da influência de fatores sociais desfavoráveis sobre a dinâmica familiar, não podemos associar essa violação às circunstâncias de pobreza, uma vez que pode ocorrer em casos em que a família ou o responsável possui recursos razoáveis. Diante desses casos, é necessário o encaminhamento para atendimento das famílias nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e o acompanhamento do Conselho Tutelar.

## **Violência**

Para classificar a violência que acomete a população infantojuvenil, o Ministério da Saúde define: “quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas” (BRASIL, 2001). Nas instituições de saúde é possível observar que crianças e adolescentes podem ser vítimas de mais de um tipo de violência, especialmente, em situações crônicas e graves. No ambiente doméstico, por exemplo, a violência física ocorre quase sempre junto com a psicológica e/ou sexual

Nesse contexto, nas urgências das unidades hospitalares, os tipos mais apresentados são a violência física e violência sexual. A primeira é caracterizada como todo ato violento com uso da força física de forma intencional, praticada por pais, responsáveis ou pessoas próximas da criança ou adolescente, que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento, deixando ou não marcas evidentes no corpo, e podendo provocar a morte (BRASIL, 2004). Pode ser praticada por meio de tapas, beliscões, chutes e arremessos de objetos, o que causa lesões, traumas, queimaduras e mutilações. Apesar de subnotificada, é a mais identificada pelos serviços de saúde. Quanto à violência sexual o Ministério da Saúde afirma que esta natureza de agressão se apresenta sobre a forma de práticas de cunho sexual impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. É cometida através de diferentes formas de contato sexual com ou sem penetração.

Em 22 de outubro de 2021 foi divulgado um Panorama da Violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). De acordo com o estudo, entre os anos de 2017 e 2020, 81% dos jovens vítimas de estupro e estupro de vulnerável tinham até 14 anos (145 mil casos). Em média, isso significa 36 mil estupros de meninas e meninos de até 14 anos por ano. A maioria das vítimas são meninas na faixa de 10 a 14 anos. Entre os meninos, o estupro é um crime que acontece majoritariamente na infância, com 59% dos casos na faixa etária de até 9 anos. Em relação ao Estado da Paraíba, foram obtidos os seguintes dados:

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>QUANTIDADE</b>
0 a 4 anos	7
5 a 9 anos	15
10 a 14 anos	44
15 a 19 anos	24

Fonte: adaptado do sítio G1 paraíba

Os números absolutos de estupros de jovens registrados na Paraíba em 2020 seguem a tendência dos dados nacionais. Os dados demonstraram que violência sexual é um crime que prevalece na infância e no início da adolescência. O agressor na maioria das vezes é uma pessoa que faz parte da convivência da vítima.

#### 4.2 NOTIFICAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS AO CONSELHO TUTELAR

De acordo com dados recentes levantados pela Secretaria de Secretaria de Direitos Humanos e Cidadania de João Pessoa (SEDHUC), entre os meses de janeiro a abril dos anos de 2020 e 2021, houve um aumento significativo no número de ocorrências no período em que o país enfrenta a pandemia da COVID 19. O levantamento abrangeu as ocorrências de violência física, psicológica, abuso sexual, exploração sexual, negligência e abandono entre os meses de janeiro a abril dos anos de 2020 e 2021.

<b>Ano</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
<b>Periodo</b>	<b>Jan - Abr</b>	<b>Jan - Abr</b>
Negligência	23	69
Violência física	3	27
Violência psicológica	0	19
Abuso sexual	12	18
Exploração sexual	3	4
Abandono	2	10

Fonte: Adaptado do site da Prefeitura Municipal de João Pessoa

Os números que mais chamaram a atenção são de negligência, que saltaram de 23 em 2020 para 69 em 2021. Os casos de violência física passaram de 3 passaram para 27 casos em 2021. Foram registrados 19 casos de violência psicológica em 2021, quando no ano anterior não houve nenhum registro. Quanto ao abuso sexual foram registradas 12 ocorrências em 2020

e 18 em 2021. De exploração sexual, o número de casos se manteve estável, sendo 3 em 2020 e 4 em 2021 e abandono foram 2 casos, em 2020 e 10 em 2021.

No município de João Pessoa, em 1990, ou seja, no mesmo ano em que foi promulgado o ECA –, foi aprovada a Lei Municipal de nº 6.607, que dispunha sobre a política municipal de atendimento às crianças e adolescentes e estabelecia a implantação do Conselho Municipal de Direitos da Criança (CMDCA) e dos Conselhos Tutelares no município. Em 2008, essa lei foi reformulada, transformando-se na Lei Municipal nº 11.407/08, atualmente em vigor. Foram criados cinco conselhos Tutelares, cuja estrutura física e demais recursos para realização dos trabalhos devem ser assegurados pelo poder público municipal, através da Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES). Atualmente, o município dispõe de sete Conselhos Tutelares.

No contexto do Hospital Municipal Valentina, realizamos uma pequena amostra dos casos envolvendo possíveis violações de direitos de crianças e adolescentes com idade de 0 a 17 anos. Os dados contêm todos os registros de atendimentos realizados pelo Serviço Social nos meses de agosto, setembro e outubro de 2021.

MÊS	QUANTIDADE	GÊNERO		ENCAMINHAMENTO	
		MASCULINO	FEMININO	CT	OUTROS
Agosto	10	3	7	8	2
Setembro	25	12	13	11	14
Outubro	15	5	10	7	8
<b>TOTAL</b>	50	20	30	26	24

Fonte: Registros do Livro de Ocorrências do Serviço Social do HVM

A tabela acima demonstra que durante os três últimos meses do ano corrente foram encaminhados ao Serviço Social 50 pacientes, sendo 20 meninos e 30 meninas. 26 situações foram encaminhadas aos Conselhos Tutelar e 24 receberam outros direcionamentos, como orientações, busca familiar e encaminhamentos a outros serviços.

Veremos a seguir uma compilação detalhada dos atendimentos demonstrados nos números acima:

MÊS	IDADE	GÊNERO	SITUAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
AGOSTO	0	F	Evasão	CT Valentina
	16	F	Sem acompanhante	Busca por familiar
	2	F	Exposição a cigarro	CT Sudeste
	3	M	Negligência	CT Sudeste
	1	M	Evasão	CT Valentina
	0	M	Vulnerabilidade Social	CT Cabedelo
	17	F	Acolhimento institucional	CT Sudeste
	15	F	Sem acompanhante	CT Cristo
	2	F	Violência sexual/ negligência	CT Santa Rita
	5	F	Evasão	CT Sudeste

MÊS	IDADE	GÊNERO	SITUAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
SETEMBRO	0	F	Vulnerabilidade social	CT Alagoinha
	14	F	Conflito Familiar/ transtorno mental	CAPS I
	0	F	Evasão	CT Sapé
	0	F	Conflito familiar/ameaça	CT Norte
	14	M	Medida socioeducativa/ saúde mental	CT Piancó
	15	M	Saúde mental	Rede psicossocial
	0	M	Mãe adolescente	Busca familiar
	10	F	Negligência	CT Conde
	4	F	Maus tratos/violência física	CT Norte
	15	M	Saúde mental	CAPS I
	2	M	Guarda irregular	CT Valentina
	4	F	Violência sexual	CT Valentina/ ANVIVA
	6	F	Recusa de internação	Abordagem social
	2	F	Mãe em abstinência	CT Sudeste
	3	M	Violência sexual	CT/ ANVIVA
	1	M	Vulnerabilidade social	Abordagem social
	14	F	Abandono	Rede assistencial
	17	F	Sem acompanhante/saúde mental	Busca familiar
	6	F	Sem certidão de nascimento	Orientações
	3	M	Evasão	CT
7	F	Conflito familiar/violência doméstica	CT Mangabeira	
3	M	Recusa de tratamento	Abordagem social	

MÊS	IDADE	GÊNERO	SITUAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
OUTUBRO	3	F	Tentativa de suicídio	Busca familiar
	11	F	Sem acompanhante	Busca familiar/CT Sul/
	3	M	Transtorno mental	CAPS I
	4	F	Recusa de tratamento	CT Sul
	5	F	Violência sexual	CT Sul
	15	F	Ato infracional	Rede psicossocial
	15	M	Transtorno mental	Rede psicossocial
	15	F	Tentativa de suicídio	Rede Psicossocial
	16	F	Tentativa de suicídio/conflito familiar	Rede Psicossocial
	14	F	Tentativa de suicídio	Rede psicossocial
	2	M	Evasão	CT Bayeux
	16	M	Transtorno mental/vulnerabilidade	CT Cabedelo

0	M	Evasão	CT Cristo
5	F	Negligência, violência sexual, violência física	CT Sul
0	F	Vulnerabilidade social, fragilidade de vínculos	CT Sul

Fonte: Registros Livro de Ocorrências do Serviço Social do H MV

A tabela acima resume todos os casos que sinalizavam possíveis situações que mereciam a atenção no sentido de apurar violações de direitos. Em seu caput, o art. 13 do ECA estabelece que “Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”. Nesse sentido, é uma rotina já estabelecida no hospital que todos os casos identificados na instituição como possíveis violações de direitos devem ser encaminhados ao Serviço Social.

São elaborados relatórios com a descrição da situação apresentada, que muitas vezes configura suspeita de violação de direitos, as circunstâncias em que o paciente chegou ao serviço, o atendimento realizado e o encaminhamento ao Conselho Tutelar para as providências necessárias.

O Serviço Social do H MV trabalha em parceria com os conselhos tutelares cuja área de abrangência são os bairros do município de João Pessoa e de todo o estado da Paraíba. Os contatos são realizados inicialmente por telefone e posteriormente formalizados através de relatórios sociais. Esses documentos contêm os dados cadastrais dos pacientes e dos acompanhantes, a descrição sucinta da situação apresentada e a solicitação de acompanhamento do órgão para as providências necessárias para assegurar os direitos da criança ou do adolescente submetido ao atendimento hospitalar.

De acordo com, a cartilha intitulada *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*, elaborada pelo Ministério da Saúde,

A notificação deve ser realizada como um instrumento importante de proteção e não de denúncia e punição. É um direito da criança, do(a) adolescente e da família viver em um ambiente que promova o bem-estar físico, social e emocional livre de qualquer forma de violência, opressão ou negligência. (BRASIL, 2010).

Seguindo essa lógica, é importante esclarecer que a notificação emitida pelas unidades de saúde não tem o caráter de denúncia policial, pois muitas vezes pode ser interpretada como uma atitude para prejudicar familiares. Apesar disso, a comunicação de suspeita de violação

de direitos ao Conselho Tutelar significa uma forma de chamar o poder público para resguardar aquela criança ou adolescente que se encontra suscetível a maus-tratos.

Trata-se de uma medida necessária para fazer cessar e prevenir eventual violência e/ou negligência por ação ou omissão dos adultos. Além disso, busca-se que a família que esteja exposta a vulnerabilidades sociais consiga o acolhimento e apoio necessário para cumprir com os deveres de proteção de seus filhos. Para viabilizar essas solicitações O ECA, em seu artigo 136, prevê a possibilidade de o Conselho Tutelar requisitar serviços, na área da educação, saúde, trabalho e segurança, podendo exigir vaga em escolas infantis ou de ensino fundamental; consultas, exames e tratamento médico.

Portanto, o dispositivo prevê que os conselhos tutelares sejam órgãos não só de apuração de denúncias, mas de promoção ao atendimento integral aos pacientes e famílias em situação de vulnerabilidade social, expostas às violências e demais agravos à saúde.

Entendemos que a comunicação da situação de violação de direitos é apenas o primeiro passo, o suporte e a parceria do Conselho Tutelar com as instituições de saúde é o que irá assegurar a continuidade da proteção das crianças e adolescentes atendidos. É válido enfatizar que o pai, mãe ou responsável do paciente no momento do atendimento é devidamente orientado sobre a notificação a ser realizada e esclarecido sobre a importância deste ato para garantir a saúde e o bem-estar da criança ou do adolescente.

Esse processo de notificação, contudo, não é uniforme na percepção do corpo profissional da instituição hospitalar como um todo. No H MV, conforme foi sinalizado na documentação estudada, são as assistentes sociais as responsáveis por realizar o acolhimento social do paciente e do acompanhante através de escuta e orientações, e a única categoria profissional encarregada de formalizar a comunicação do fato ao Conselho Tutelar correspondente à área de residência da provável vítima.

Outros limites que observamos foi a ausência de projetos e programas de prevenção de violação de direitos. Ainda não foram consolidadas no serviço estratégias de capacitação permanente voltada aos profissionais de saúde para lidar com as suspeitas de violações de direitos. A rotina de atendimento a essas situações é voltada ao atendimento de urgência e emergência e a continuidade dos cuidados é encaminhada para os serviços de referência.

O Serviço Social possui seu lócus de atuação junto à defesa dos direitos bem delimitado na instituição e uma parceria importante com os Conselhos Tutelares, porém, há uma preocupação em relação às respostas dos encaminhamentos. Não constatamos mecanismos de retorno pós notificação, uma vez que a maioria dos relatórios enviados ao órgão não são respondidos com o resultado das providências adotadas para resolver as questões destinadas.

Diante disso, podemos sugerir que o setor de Serviço Social construa um instrumental próprio para retorno de informações ou encaminhamentos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho monográfico possibilitou a compreensão acerca do processo de materialização do direito à vida e à saúde da população infantojuvenil. Consideramos que a luta histórica por direitos humanos, formalizada pela ONU, influenciou os países-membros, inclusive o Brasil a reconhecer as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos.

As transformações societárias que culminaram na Constituição de 1988 constituíram o cenário para que o legislador designasse ao Estado, à família e à sociedade o dever de assegurar os direitos fundamentais às crianças e jovens. Seguindo o princípio da prioridade absoluta, da igualdade e da municipalização, o Estado passou implementar de políticas sociais públicas voltadas à assistência à saúde das pessoas nessa faixa etária.

O Estatuto da Criança e do Adolescente foi, inegavelmente, o grande marco regulamentador da chamada Doutrina da Proteção Integral, uma vez que reuniu setores governamentais e não governamentais para assumir uma ampla carta de direitos. Esse dispositivo legal foi o responsável por estabelecer uma conexão das diversas políticas setoriais como saúde, assistência social, educação, previdência, dentre outras para consubstanciar o modelo assistencial infantojuvenil.

Nesse contexto, identificamos o Sistema Único de Saúde (SUS) como o principal instrumento de efetivação dos direitos referentes à defesa da vida e da saúde das crianças e dos adolescentes. Foi com a criação dessa política que a saúde foi fortalecida sob o status de direito universal, destinada a todos os brasileiros. Sob outra perspectiva, a política de assistência social contribuiu para a superação da ótica assistencialista, organizando uma rede de serviços enquanto direitos direcionados a quem dela necessitar.

Nesse sentido, o ECA estabeleceu, por intermédio do conjunto de normas legais que abrangem os diversos campos jurídicos, as diretrizes para um atendimento completo à população infantojuvenil. Contudo, a dinâmica social impõe a necessidade de constantes inovações legais para garantir a otimização da assistência à saúde das crianças e jovens desde a concepção. Assim, percebemos que os cuidados voltados à primeira infância passaram por uma reformulação cujo objetivo foi permitir um desenvolvimento humano mais saudável.

Na instituição de saúde pesquisada, foi possível perceber que o trabalho realizado pelos assistentes sociais na defesa dos direitos das crianças hospitalizadas é fundamentado em ações que visam a garantia dos direitos estabelecidos no ECA. Assim ressaltamos que foi apresentado um conjunto de atribuições e competências dos assistentes sociais na saúde que podem contribuir para o fortalecimento dos direitos sociais. Oportunizando a participação dos usuários

e a promoção da autonomia dos pais ou responsáveis para a tomada de decisões. O assistente social, enquanto integrante do processo de trabalho coletivo em saúde, atua como protagonista na busca por efetivação de direitos “(...) ou como *um elo orgânico* entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece ser assegurar — pelos caminhos os mais tortuosos — a integralidade das ações”. (COSTA, 2000)

O reconhecimento das ações dos assistentes sociais na defesa dos direitos da criança hospitalizada constitui-se em um avanço na instituição, uma vez que se verifica que esses profissionais enfrentam situações de violação de direitos infantojuvenis no contexto das unidades pediátricas.

No entanto, podemos apontar dificuldades no tocante ao processo de trabalho. As ações estão organizadas sob um sistema de divisão de tarefas segundo o qual as diferentes situações envolvendo crianças, adolescentes e familiares são unicamente encaminhadas ao setor social, carecendo de uma maior aproximação de outros profissionais com as problemáticas apresentadas. A exemplo disso, a comunicação de suspeita de violação de direitos como violências e negligência a crianças e adolescentes atendidos na unidade ao Conselho Tutelar é realizada de forma exclusiva pelas assistentes sociais, sendo uma rotina que médicos, enfermeiros e demais profissionais, além de suas atribuições privativas realizem a mera comunicação do fato ao Serviço Social.

Para superar esse obstáculo e fortalecer a linha de cuidados é necessária a capacitação de profissionais e a consolidação do procedimento de notificação de maus-tratos cometidos contra o público infantojuvenil à rotina das instituições de saúde. É válido lembrar que o ECA em seu artigo 235 estabelece sanções às unidades de saúde, assim como aos estabelecimentos educacionais que deixarem de realizar as referidas notificações.

Diante disso, é necessário um empenho do serviço de saúde no planejamento de estratégias que fortaleçam as ações interdisciplinares, buscando uma colaboração mais ampla de todos, conforme estabelece o ECA. A ausência de um mecanismo de retorno do Conselho Tutelar aos casos encaminhados também constitui uma preocupação, diante disso sugerimos a criação de métodos de comunicação mais efetivos como forma de oferecer um retorno à instituição de saúde acerca das providências tomadas e assim promover mais estabilidade às ações protetivas.

## REFERÊNCIAS

- AMIN, Andrea Rodrigues, **Princípios Orientadores do Direito da Criança e do adolescente**, in MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo (coord.) Curso de Direito da Criança e do Adolescente: Aspectos Teóricos e Práticos – 12. ed. – São Paulo : Saraiva Educação, 2019.
- BRASIL. **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Resolução nº 41 de Outubro de 1995 (DOU 17/19/95)
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais da saúde. Brasília, 2010. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 1 jan. 2017
- BRASIL, Presidência da República. **Lei Orgânica da Assistência Social**, n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, publicada no DOU de 8 de dezembro de 1993.
- BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, A. E. (org). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética do/a Assistente Social**. Aprovado em 13 de março de 1993 com as alterações Introduzidas pelas Resoluções CFESS nº290/94, 293/94, 333/96 e 594/11. Brasília: CFESS, 1993. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf)
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº 2, Brasília: CFESS, 2009.
- COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais**. Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, nº62, Cortez, 2000
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade**: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas. Fortaleza, CRESS –CE, Debate n. 6, 1997
- JOÃO PESSOA, Prefeitura Municipal de. **Prefeitura constata aumento de violação de direitos contra crianças e adolescentes durante pandemia e reforça ações preventivas**. João Pessoa, 20/05/2021. Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/noticias/prefeitura-constata-aumento-de-violacao-de-direitos-contra-criancas-e-adolescentes-durante-pandemia-e-reforca-aco-es-preventivas/>. Acesso em: 09/10/2021
- ZAPATER, Maíra. **Direito da criança e do Adolescente**. Disponível em: Minha Biblioteca, Editora Saraiva, 2019.

MACHADO, Camila Silva **Direito de Família: a interface entre o Direito e o Serviço Social**, Dissertação de Mestrado, Franca, 2006 PDF

MACHADO, Martha.de. T. **A proteção constitucional de crianças e adolescentes e os direitos humanos.**: Editora Manole, 2003. 9788520443477. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520443477/>. Acesso em: 05 nov. 2021.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011

MATOS, Maurílio Castro. D. **Serviço Social ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**, 1ª edição: Cortez, 2015. 9788524922602. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788524922602/>. Acesso em: 15 out. 2021.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Estatuto da Criança e do Adolescente - Comentado.** Grupo GEN, 2020. [Minha Biblioteca].

PRATES, Jane C e PRATES, Flávio Cruz. **Problematizando o uso da técnica de Análise Documental no Serviço Social e no Direito** Sociedade em Debate, Pelotas, 15(2): 111-125, jul.-dez./2009

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**, São Paulo: Cortez, 2007. – (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 3).

UNICEF, **Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil**, Fórum Brasileiro de Segurança Pública, Outubro, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/16421/file/panorama-violencia-letal-sexual-contracrianças-adolescentes-no-brasil.pdf>. Acesso em: 21/10/2021

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e Assistência Social.** 4.ed. São Paulo: Cortez, 2003

Quase 150 crianças e adolescentes foram mortos de forma violenta na PB em 2020, diz Unicef **G1 Paraíba**, João Pessoa 22/10/2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2021/10/22/quase-150-crianças-e-adolescentes-foram-mortos-de-forma-violenta-na-pb-em-2020-diz-unicef.ghtml>. Acesso em 04/11/2021

## ANEXO A – RELAÇÃO DOS CONSELHOS TUTELARES DE JOÃO PESSOA - PB

CONSELHO TUTELAR	ÁREA DE ABRANGÊNCIA
<b>REGIÃO MANGABEIRA</b>	Mangabeira I a VIII, Cidade Verde, Bancários, Timbó, Anatolia, Jardim Cidade Universitária, Colibris, Jacarapé, Jardim São Paulo, Penha, Eucalipto, Campo Americano, IPEP, Vila União, Feirinha, Patricia Tomas, Conjunto dos Militares, Jardim Mangabeira e Projeto Mariz I, II e III.
<b>REGIÃO NORTE</b>	Varadouro, Centro, Roger, Tambiá, Expedicionários, Castelo Branco, Padre Zé, Treze de Maio, Mandacaru, Boa Vista, Bairro dos Ipês, Alto do Céu, Torre, Bairro dos Estados, Conjunto Verdes Mares, Pedro Gondim, Porto do Capim, Rua do Cano, Jardim Ester, Comunidade do S, João Tota, São Rafael, Santa Clara, Beira da Linha, Padre Hildon Bandeira, Brasília de Palha, Santa Clara e Cafofo.
<b>REGIÃO PRAIA</b>	Quadra Mares, Bessa, Miramar, Altiplano, Cabo Branco, Manaira, Tambaú, Tambauzinho, Bairro São José, Jardim Oceania, Portal do Sol, Conjunto João Agripino, Jardim Luna, Brisamar, Aeroclube, Cidade Recreio, Ponta dos Seixas, Seixas, Comunidade São Luiz e Chatuba
<b>REGIÃO SUDESTE</b>	Geisel, Esplanada, Costa e Silva, Presidente Médici, João Paulo II, Nova República, Funcionários II, III e IV, Citex, Laranjeiras, Jardim Sepol, Gauchinha, Taipa (Conjunto Taipa Nova Vida), Grotão, Ernani Sátiro, Água Fria, Comunidade Maria de Nazaré, Jardim Sepol, Tieta e 1º de Abril.
<b>REGIÃO SUL</b>	Alto do Mateus, Loteamento Juracy Palhano, Ilha do Bispo, Cordão Encarnado, Distrito Mecânico, Vila Cimepar, Jaguaribe, Trincheiras, Cruz das Armas, Bairro dos Novais, Oitizeiro, Funcionários I, Jardim Planalto, Vieira Diniz, Jardim Guaíba, Jardim Veneza, Ivan Bichara, Loteamento Nossa Senhora das Graças, Bairro das Indústrias, Distrito Industrial, Loteamento São José, Loteamento Santo Antonio e Comunidade Paulo Afonso
<b>REGIÃO CRISTO</b>	Cristo, José Américo, Laranjeiras, Rangel, Jardim Itabaiana, Radialista, Jardim das Oliveiras, José Lins, Jardim Bom Samaritano, Riacho Doce(Ceasa), Vale da Palmeiras, Boa Esperança, Bela Vista, Redenção, Rua São Geraldo (Rua da mata) e Pedra Branca.
<b>REGIÃO VALENTINA</b>	Valentina e loteamentos adjacentes, Mussumagro, Paratibe e Loteamentos Adjacentes, Praia do Sol, Barra de Gramame, Gramame, Planalto da Boa Esperança, Gervásio Maia, Colinas do Sul, Cuiá, Santa Barbara, Parque do Sol, Engenho Velho, Conjunto Residencial Marine, Torre de Babel, Comunidade Boa Esperança, Costa do Sol, Manacá e condomínio Amizade I, II e III.

Fonte: adaptado do sítio da Prefeitura Municipal de João Pessoa-PB  
<https://www.joaopessoa.pb.gov.br/servico/conselhos-tutelares/>

**ANEXO B – MODELO DE RELATÓRIO SOCIAL**



**HOSPITAL MUNICIPAL VALENTINA**  
Rua Mariângela Lucena Peixoto, 274, Valentina I.  
João Pessoa-PB. Tel. 3218-9403

**SERVIÇO SOCIAL**

**AO CONSELHO TUTELAR REGIÃO:**

**CONSELHEIRO:**

**PACIENTE:**

**DATA DE NASCIMENTO:**

**MÃE:**

**PAI:**

**ENDEREÇO:**

**TELEFONE:**

**RELATÓRIO SOCIAL**

Aos XX dias do mês de XX do corrente ano, deu entrada nesta unidade hospitalar o paciente....

**DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA**

Diante da situação acima exposta, encaminhamos este caso para o Conselho Tutelar para as devidas providências

João Pessoa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Att,

**Assistente Social - CRESS/PB \_\_\_\_\_**



## ANEXO D – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA SOCIAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA-PB  
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
DISTRITO SANITÁRIO III  
HOSPITAL MUNICIPAL VALENTINA  
CNPJ: 2399439 CNPJ: 08.806.754/0013-06  
Rua: Mariângela Lucena Peixoto, 274 - Valentina I



### FORMULÁRIO DE ENTREVISTA PARA IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NOME:		Nº PRONTUÁRIO	
CNS:	DATA DE NASCIMENTO:	ETNIA/COR: ( ) BRANCA ( ) NEGRA ( ) PARDIA ( ) AMARELA	SEXO: ( ) F ( ) M
ENDEREÇO: (RUA, Nº, BAIRRO)		CIDADE/ESTADO:	
PONTO DE REFERÊNCIA:	PROCEDENTE: ( ) CASA ( ) OUTRO HOSPITAL	CERTIDÃO DE NASCIMENTO:	
FILIAÇÃO; NOME DA MÃE:		ACOMPANHANTE: ( ) SIM ( ) NÃO	TELEFONE:
FILIAÇÃO; NOME DO PAI:		ACOMPANHANTE: ( ) SIM ( ) NÃO	TELEFONE:
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL:		CPF/RG	TELEFONE:
GRAU DE PARENTESCO: ( ) MÃE ( ) PAI ( ) AVÓS ( ) TIO ( ) PADRINHOS ( ) OUTROS	ENDEREÇO: (RUA, Nº, BAIRRO)	CIDADE/ESTADO:	
PERMISSÃO PARA TROCA DE ACOMPANHANTE: ( ) SIM ( ) NÃO	NOME:	PARENTESCO	FONE: CPF/RG:
PERMISSÃO PARA O PACIENTE RECEBER VISITAS: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) INTEGRALMENTE ( ) RESTRITA ( ) APENAS AOS FAMILIARES / MOTIVO:	PACIENTE JÁ FOI INTERNO NO HMV? ( ) SIM ( ) NÃO CONCEITO DO ATENDIMENTO: ( ) BOM ( ) ÓTIMO ( ) REGULAR ( ) RUIM QUANTIDADE DE VEZES: <input type="text"/> COM QUAL PATOLOGIA?	POSSUI CARTÃO DE VACINA? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) COMPLETAS ( ) INCOMPLETAS A GENITORA DO PACIENTE FEZ PRÉ-NATAL? ( ) SIM ( ) NÃO O PACIENTE É ACOMPANHADO POR ALGUM USF? ( ) SIM ( ) NÃO	PACIENTE COM ALGUMA NECESSIDADE ESPECIAL? ( ) SIM ( ) NÃO QUAL? _____ FAZ MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO? ( ) SIM ( ) NÃO QUAL? _____ TEM HISTÓRICO DE ALGUMA DOENÇA GRAVE NA FAMÍLIA? _____
SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA / CULTURAL			
PACIENTE; NÍVEL DE INSTRUÇÃO  ( ) NÃO ALFABETIZADO ( ) ALFABETIZADO ( ) EDUCAÇÃO INFANTIL ( ) ENSINO FUNDAMENTAL I ( ) ENSINO FUNDAMENTAL II ( ) ENSINO MÉDIO	ONDE ESTUDA?  EM CASO DE NÃO ESTUDAR ESPECIFIQUE MOTIVO:  ATÉ QUE SÉRIE FEZ OU FAZ?	RESPONSÁVEL; NÍVEL DE INSTRUÇÃO  ( ) NÃO ALFABETIZADO ( ) ALFABETIZADO ( ) EDUCAÇÃO INFANTIL ( ) ENSINO FUNDAMENTAL I ( ) ENSINO FUNDAMENTAL II ( ) ENSINO MÉDIO ( ) ENSINO SUPERIOR	RENDA MENSAL FAMILIAR:  ( ) AUSÊNCIA DE RENDIMENTOS ( ) ABACXO DE 12 SALÁRIO MÍNIMO ( ) 1 SALÁRIO MÍNIMO ( ) DE 1 a 2 SALÁRIOS MÍNIMOS ( ) SUPERIOR A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS ( ) BPC ( ) PENSÃO ( ) APOSENTADORIA ( ) BOLSA FAMÍLIA R\$: _____ QUANTIDADE DE PESSOAS RESIDENTE NO DOMICÍLIO: _____
A RENDA FAMILIAR ATENDE AS NECESSIDADES BÁSICAS DA FAMÍLIA?  EM CASO DE NÃO ATENDIMENTO, IDENTIFICAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS: ( ) AJUDA DE FAMILIARES ( ) DO PODER PÚBLICO ( ) DA IGREJA ( ) AJUDA DE AMIGOS E/OU VIZINHOS ( ) OUTROS			

HOSPITAL MUNICIPAL VALENTINA  
Av. Mariângela Lucena Peixoto, Nº 274 – Valentina Figueiredo I – CEP 58.063-300 – João Pessoa/PB  
Fone: (83) 3218-9404 (Telefonia) / (83) 3218-9403 (Direção)  
Email: hvf@joaopessoa.pb.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA-PB  
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
DISTRITO SANITÁRIO III  
HOSPITAL MUNICIPAL VALENTINA  
CNPES: 2399639 CNPJ: 08.806.754/0012-06  
Rua: Mariângela Lucena Peixoto, 274 - Valentina I



CONDICÃO DE HABITABILIDADE:	CONDICÕES DO IMÓVEL:	ABASTECIMENTO DE ÁGUA:	ELIMINAÇÃO DE DEJETOS:	DESTINO DO LIXO:
<b>CARACTERÍSTICA DO IMÓVEL:</b> <input type="checkbox"/> ALVENARIA <input type="checkbox"/> TAIPA <input type="checkbox"/> BARRACO <input type="checkbox"/> CASA POPULAR <input type="checkbox"/> APARTAMENTO <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> PRÓPRIO <input type="checkbox"/> ALUGADO <input type="checkbox"/> CEDIDO <input type="checkbox"/> INVADIDO <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> REDE TRATADA <input type="checkbox"/> CARRO PIPA <input type="checkbox"/> POÇO <input type="checkbox"/> CISTERNA <input type="checkbox"/> FILTRADA <input type="checkbox"/> OUTROS  ILUMINAÇÃO ELÉTRICA: POSSUI? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> REDE DE ESGOTOS <input type="checkbox"/> VALA A CÉU ABERTO <input type="checkbox"/> FOSSA <input type="checkbox"/> MATO <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> COLETADO <input type="checkbox"/> QUEIMADO <input type="checkbox"/> ENTERRADO <input type="checkbox"/> JOGADO FORA <input type="checkbox"/> OUTROS ANIMAIS DOMÉSTICOS? _____
<b>OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:</b>				
<b>TERMO DE RESPONSABILIDADE:</b>				
<p>EU _____ ESTOU CIENTE QUE, DURANTE A INTERNAÇÃO, OS ACOMPANHANTES E VISITANTES DEVEM CUMPRIR AS NORMAS ESTABELECIDAS NO MANUAL DO ACOMPANHANTE, ASSIM COMO AQUELAS REFERENTES AO CONTROLE DE INFECÇÃO DO HOSPITAL QUE PRESTARÁ ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR AO PACIENTE, DE ACORDO COM A BOA TÉCNICA, RESPETANDO SEUS CRITÉRIOS INTERNOS E UTILIZANDO-SE DE EQUIPE ESPECIALIZADA, QUE ESTÁ AUTORIZADA, DESDE LÁ, A PRATICAR TODOS OS PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, REALIZAR EXAMES E MÉTODOS DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARES, MINISTRAR MEDICAMENTOS E PROCEDER, ENTÃO, TODOS OS ATOS NECESSÁRIOS AO PERFEITO ATENDIMENTO. DECLARO QUE RECEBI UM EXEMPLAR DO MANUAL DO ACOMPANHANTE, E QUE CONCORDO COM TODOS OS SEUS ITENS, RESPONSABILIZANDO-ME PELOS DANOS CAUSADOS PELA NÃO OBSERVÂNCIA DAS NORMAS E REGRAS DE CONDUITA ESTABELECIDAS, O QUE PODERÁ IMPLICAR, INCLUSIVE, NA SOLICITAÇÃO DE TROCA DE ACOMPANHANTE E/OU TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE.</p> <p>DECLARO, AINDA, A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS, GARANTINDO A AUTENTICIDADE DE TODOS OS DADOS INFORMADOS, RESPONSABILIZANDO-ME POR TODAS AS DECLARAÇÕES FALSAS OU INEXATAS QUE PRESTAR E QUE VIEREM A CAUSAR PREJUÍZO A VIDA DO PACIENTE, BEM COMO AO HOSPITAL MUNICIPAL VALENTINA, COMPROMETENDO-ME, RESPEITAR E OBEDECER AOS REGULAMENTOS DESTA UNIDADE QUANTO AO REGIME DE INTERNAÇÃO, CUMPRINDO COM O QUE ESTABELECE A LEI Nº 8.069/1990 DO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE/CA EM SEUS ART. 3º, 4º, 11º, E 13º QUE DISPÕE SOBRETUDO DO DIREITO À VIDA, À SAÚDE À DIGNIDADE E AO RESPEITO, BEM COMO O ART. 12º GARANTE QUE TODA CRIANÇA E ADOLESCENTE TEM DIREITO A UM ACOMPANHANTE 24 HORAS DURANTE O INTERNAMENTO, SENDO PREFERENCIALMENTE UM DOS PAIS, ESTANDO CIENTE TAMBÉM, QUE O HOSPITAL NÃO SE RESPONSABILIZARÁ POR OBJETOS DE VALORES DEDADOS NAS DEPENDÊNCIAS DESTA UNIDADE HOSPITALAR.</p>				

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO(A) ASSISTENTE SOCIAL

JOÃO PESSOA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HOSPITAL MUNICIPAL VALENTINA  
Av. Mariângela Lucena Peixoto, Nº 274 - Valentina Piquelredo 1 - CEP 51.063-300 - João Pessoa/PB  
Fone: (83) 3218-9404 (Telefonista) / (83) 3218-9403 (Direção)  
Email: hvf@joaopessoa.pb.gov.br