

A PRÁTICA PROFISSIONAL DA ASSISTENTE SOCIAL EM UTI PEDIÁTRICA: um estudo em um hospital de referência da Região Nordeste do Pará

Cibelly Theilon Ferreira Pereira¹
Denise Barros Pereira²
Patrícia da Silva Bezerra³
Renata Baia Beltrão⁴
Kátia Regina de Castro Sales⁵

Resumo

O presente artigo teve como objetivo discutir o contexto social e familiar para compreender o ambiente em que uma criança (internada em um hospital de referência) está inserida, e identificar as intervenções profissionais que podem contribuir para que os direitos básicos da criança sejam garantidos. O participante foi um criança de 6 anos de idade, internada em um hospital de referência da Região Nordeste do Pará, com diagnóstico médico de insuficiência respiratória e crises convulsivas. Foi acessado prontuário hospitalar, foi realizada visita domiciliar e também utilizada a técnica de observação participante. Observou-se que a família da criança encontra-se em situação de extrema vulnerabilidade social, tendo em vista as condições de moradia e renda de seus genitores. As intervenções propostas envolvem o acesso a direitos básicos como alimentação e moradia, bem como a articulação da rede de serviços para que a criança e sua família sejam de fato acompanhadas e tenham seus direitos garantidos.

Palavras chave: Criança; Família; Vulnerabilidade Social; Intervenção Profissional; Assistente Social.

Abstract

This article aimed to discuss the social and family context to understand the environment in which a child (admitted to a reference hospital) is inserted, and to identify the professional interventions that can contribute to guaranteeing the basic rights of the child. The participant was a 6-year-old child, admitted to a reference hospital in the Northeast Region of Pará, with a medical diagnosis of respiratory failure and seizures. Hospital records were accessed, home visits were made and the participant observation technique was used also. It was observed that the child's family is in a situation of extreme social vulnerability, in view of the living conditions and income of their parents. The proposed interventions involve access to basic rights such as food and housing, as well as the articulation of the network of services so that the child and his family are actually accompanied and have their rights guaranteed.

Keywords: Child; Family; social vulnerability; Professional intervention; Social worker.

1. Introdução

Este trabalho é resultado da atividade educativa denominada Caso Motivador, realizado no âmbito da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (RMAJMC) vinculado a Universidade Federal do Pará (UFPA). A atividade consiste na escolha de um caso clínico que esteja internado no hospital locus da prática em saúde, neste caso um hospital de referência da Região Nordeste do estado do Pará, localizado no município de Bragança. Após a escolha do caso, várias discussões são levantadas, a fim de compreendê-lo e apresentá-lo de acordo com cada área (Serviço Social, Psicologia, Biomedicina, Farmácia, Enfermagem e Fisioterapia).

¹Universidade Federal do Pará, Bacharel em Serviço Social, cibellytheylon@gmail.com

²Universidade Federal do Pará, Bacharel em Serviço Social, denise.biotec@gmail.com

³Universidade Federal do Pará, Mestra em Teoria e Pesquisa do Comportamento, patriciasilvabs@gmail.com

⁴Universidade Federal do Pará, Bacharel em Serviço Social, renatabaiabeltrao@gmail.com

⁵Hospital Santo Antônio Maria Zaccaria, Bacharel em Serviço Social, k.sales_pa@hotmail.com

Os princípios do Sistema Único de Saúde, o conceito ampliado de saúde e os determinantes sociais, juntamente com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218/1997, alargaram a possibilidade de atuação do Serviço Social na política pública de saúde no Brasil. Enquanto profissionais de saúde (CNS, nº 218/1997) na área hospitalar, os assistentes sociais possuem diversas atribuições, dentre elas: o desenvolvimento de ações socioeducativas, ações de articulação com a equipe de saúde, ações socioassistenciais, articulação com a rede de serviços, atendimento direto aos usuários e outros.

Em se tratando do trabalho na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de UTIs. Em seu artigo 18 refere que devem ser garantidos, por meios próprios ou terceirizados, alguns serviços à beira do leito, tais como o serviço prestado pelo Serviço Social.

Nesse contexto, o trabalho deste profissional é realizado junto aos pacientes e suas famílias, sendo de suma importância, visto que com a família ocorre o diálogo, repasse e atualizações de informações sobre o caso clínico e condutas. Tendo em vista que alguns pacientes internados em UTI (tanto UTI adulto quanto UTI pediátrica) estão inconscientes ou não tem condições para decidir sobre si, o trabalho do Assistente Social, juntamente com outros profissionais, visa principalmente o bem estar e segurança desse paciente.

Em relação ao caso selecionado para este estudo, tratou-se o de uma criança de 6 anos de idade, internada na UTI Pediátrica do hospital de referência, apresentando o diagnóstico médico inicial de insuficiência respiratória e crises convulsivas.

Nesse sentido, os objetivos do estudo foram: a) Discutir o contexto social e familiar para compreender o ambiente em que a criança está inserida; e b) Identificar as intervenções profissionais que podem contribuir para que os direitos básicos da criança sejam garantidos.

2. METODOLOGIA

Para realização do estudo, primeiramente, os familiares da criança foram consultados pela equipe responsável pela organização da atividade. A equipe apresentou os objetivos da ação, bem como sua importância para o

desenvolvimento e aprimoramento da assistência ao paciente, havendo os genitores concordado com sua realização. O paciente alvo deste estudo é uma criança de 6 anos de idade, internada na UTI Pediátrica de um hospital de referência da Região Nordeste do Pará, e seus genitores.

Para coleta de informações, primeiramente destaca-se o atendimento e acompanhamento social realizado pela equipe do Serviço Social ao paciente e sua família. Para essa coleta de informações, inicialmente foi utilizada uma Ficha Social, que consiste em um instrumento de trabalho que coleta informações referentes à vida familiar, trabalho, histórico de saúde, desenvolvimento da criança, dentre outros aspectos.

Outra técnica utilizada foi o acesso ao Prontuário Hospitalar do paciente, que consiste no instrumento de armazenamento de informações referentes ao quadro clínico, psicológico e social do paciente (FERREIRA, 2010). O prontuário trata-se de uma construção coletiva e multiprofissional, onde as variadas áreas que acompanham o paciente podem transparecer os procedimentos realizados em sua assistência, contribuindo para o compartilhamento de informações e eficácia na atenção ao paciente (MESQUITA; DESLANDES, 2010).

Além do prontuário, também foi realizada visita domiciliar na residência da criança. A visita domiciliar consiste em uma técnica exploratória de conhecimento do ambiente em que o paciente está inserido, além de proporcionar uma escuta qualificada acerca da história e vida familiar (GARCIA; TEIXEIRA, 2010). A visita domiciliar visa observar não apenas aspectos estruturais, mas também as relações familiares, a vizinhança, dentre outros.

Por último, é válido destacar a observação participante, que conforme Gil (2011) consiste na participação real na situação investigada. Neste tipo de observação, o pesquisador assume, de certa forma, papel ativo enquanto membro do grupo. Existem dois tipos de observação participante, a primeira é a observação natural, onde o pesquisador já pertence à comunidade ou grupo investigado. O segundo tipo é a observação artificial, que ocorre quando o pesquisador se insere no contexto investigado com o objetivo de compreender a realidade apresentada. Para este estudo, utilizou-se a observação participante artificial.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Quadro clínico

De acordo com o prontuário e diagnóstico médico, o paciente deu entrada no hospital em estado grave apresentando insuficiência respiratória e crise convulsiva. Conforme relato dos genitores, dois dias antes da internação a criança sofreu queda de rede, apresentando imediatamente sonolência e inchaço na cabeça, todavia apenas 2 dias depois sofreu crise convulsiva, o que levou os responsáveis a buscarem a Urgência e Emergência do serviço de alta complexidade.

Imediatamente após a admissão, a criança foi examinada, sedada e internada na UTI Pediátrica. No que se refere ao seu quadro clínico inicial, a insuficiência respiratória trata-se da incapacidade do sistema respiratório em desempenhar sua principal função, a de promover adequadamente a oxigenação do sangue arterial e a eliminação do gás carbônico (UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS, 2020).

Já a crise convulsiva, também conhecida como crise epiléptica, ocorre quando a pessoa apresenta contrações musculares em todo o corpo, respiração ofegante, mordedura da língua e salivação intensa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Observou-se, por meio do relato dos genitores, que a criança há alguns anos apresentava frequentes dores de cabeça, sendo continuamente medicada pelos pais, e tendo sua primeira crise convulsiva no ano de 2022, todavia sem investigação médica para compreensão e tratamento da situação.

Além disso, os relatos dos familiares acerca do desenvolvimento da criança também apontam para a possível pré existência de comprometimento neurológico, uma vez que a mesma apenas iniciou o processo de andar sem ajuda aos 2 anos de idade, bem como o desenvolvimento de sua fala ocorreu por volta dos 4 anos. Uma das profissionais médicas que acompanhou o caso da criança apontou, com base nesses relatos da família, a existência de possível atraso no desenvolvimento, logo, possível existência de comprometimento neurológico em algum nível, todavia não investigado.

Além dos aspectos mencionados, é importante destacar que, no decorrer da internação hospitalar, conforme a conduta médica, alguns exames foram realizados, dentre eles o RT-PCR¹, onde o paciente teve diagnóstico positivo para COVID-19. A COVID-19 trata-se de uma doença infecciosa causada pelo SARS-CoV-2, transmitido por inalação ou contato direto com gotículas infectadas, e os sintomas

¹ Do inglês Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction, em livre tradução Transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase, é um diagnóstico laboratorial, feito por biologia molecular, que permite identificar a presença do material genético (RNA) do vírus Sars-Cov-2 em amostras de secreção respiratória. (Ministério da Saúde, 2022).

mais comuns envolvem febre, tosse, dispnéia, fadiga, dentre outros (SHINGAL, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Mais uma vez, uma das médicas responsáveis pelo caso apontou a possível influência da COVID-19 no agravamento dos problemas neurológicos pré existentes. Essa reflexão por parte da profissional ocorreu tendo em vista que a fase mais grave da doença exerce influência neurológica (SHINGAL, 2019).

3.2. Atendimento social

O paciente tem 6 anos de idade, é estudante do Pré-escolar 2 de uma unidade educacional de uma comunidade da zona rural do município onde o hospital está localizado. filho de pais separados, até o momento antes da internação residia com a mãe e 3 irmãos (um bebê de 8 meses e duas crianças, um de 3 anos e um de 4 anos de idade), em casa própria da mãe, o tipo taipa, tendo como fonte de renda o Programa de Transferência de Renda Bolsa Família. O pai da criança reside em casa própria de sua família, com 4 irmãos, na mesma comunidade. O mesmo trabalha como cobrador de jóias, todavia devido a internação da criança encontra-se afastado do emprego e recebe ajuda financeira dos irmãos.

Os genitores viveram em união estável durante 8 anos e estão separados há dois anos. Conforme relato dos mesmos, a criança tinha uma rotina bastante voltada às atividades escolares e brincadeiras com os irmãos e primos, sempre transitando entre a casa da mãe e do pai, visto que residem na mesma comunidade.

Situação de risco e vulnerabilidade social

Acerca da definição do que se entende por famílias pobres, destaca-se que a pobreza não pode ser definida de forma única, mas se evidencia quando parte da população não é capaz de gerar renda suficiente para ter acesso sustentável aos recursos básicos que garantam uma qualidade de vida digna. Estes recursos aos quais as pessoas precisam ter acesso são: saúde, educação, alimentação, moradia, renda e cidadania. São pobres aqueles que, de modo temporário ou permanente, não têm acesso a um mínimo de bens e recursos sendo, portanto, excluídos em graus diferenciados da riqueza social (SILVA, 2010).

De acordo com Cronemberger e Teixeira (2013) a situação socioeconômica é o fator que mais tem contribuído para a fragmentação da família, repercutindo

diretamente e de forma vil nos mais vulneráveis desse grupo: os filhos (crianças sem creche, escola; adolescentes, jovens sem expectativas), os idosos, as pessoas com deficiência e os sem trabalho. A questão da família pobre aparece como a face mais cruel da disparidade econômica e da desigualdade social. Os autores apontam que a pobreza não é uma expressão da incapacidade dos indivíduos e suas famílias em prover sua existência, mas está diretamente vinculada ao não acesso a bens e serviços indispensáveis ao desenvolvimento do ser humano, apontando para o aguçamento dos conflitos sociais, decorrentes da relação dialética entre capital e trabalho.

Para Yazbek (2011), a pobreza é parte de nossa experiência diária. Os impactos destrutivos das transformações em andamento no capitalismo contemporâneo vão deixando suas marcas sobre a população empobrecida: a redução do trabalho, o desemprego, os empregados de modo precário e inconstantes, os que se tornaram não empregáveis e supérfluos, a debilidade da saúde, o desconforto da moradia precária e insalubre, a alimentação insuficiente, a fome, a fadiga, a ignorância, a resignação, a revolta, a tensão e o medo são sinais que muitas vezes anunciam os limites da condição de vida dos excluídos e subalternizados na sociedade.

Nesse contexto, se faz necessário uma análise dos aspectos sociais que envolvem a família alvo deste estudo. Após visita domiciliar, foi identificado que a família encontra-se em situação de vulnerabilidade social, vivendo em condições precárias de moradia, tendo em vista que, por exemplo, a casa é do tipo taipa, com apenas dois cômodos, chão batido, sem banheiro e sem acesso a saneamento básico.

Com relação à renda familiar, a genitora informou que a única renda fixa é a do Programa Bolsa Família, o qual é Programa Federal de Transferência direta e indireta de renda destinados às famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). A genitora não exerce nenhuma atividade laboral, devido a sua dedicação integral aos cuidados com os filhos, crianças de faixa etária de idade de oito meses, três anos, quatro e seis anos de idade. No que se refere a renda do genitor, o mesmo trabalha de forma esporádica como cobrador de jóias e pescador (não sindicalizado).

Além disso, a genitora verbalizou a dificuldade do acesso aos serviços de saúde, pois não há transporte público nesta comunidade, a Unidade Básica de

Saúde (UBS) é distante do local de moradia e a Agente Comunitária de Saúde (ACS) que faz a cobertura da área não presta serviço de forma eficaz. Além das dificuldades encontradas nos serviços externos, a família relata que durante a internação hospitalar, houve bastante dúvidas quanto às informações que não eram esclarecidas, nota-se que existe dificuldade na comunicação entre a equipe dos plantões e entre a equipe e a família.

Todos esses aspectos reforçam a situação de vulnerabilidade social em que se encontra a família, sendo necessária uma intervenção que possa minimamente suprir suas necessidades básicas. A análise do contexto de vida familiar e a articulação com a rede socioassistencial e intersetorial de garantia de direitos, é fundamental para que no momento oportuno, a criança possa receber uma alta segura e esteja amparada da melhor forma possível no ambiente familiar.

3.3. Rede de apoio

Outro aspecto a ser destacado é que, a partir de relatos dos genitores e da família, observou-se que a rede de apoio é pouco presente na rotina da família, apesar de alguns familiares como avós e tios da criança residirem próximo. Quando se pensa em Rede de Apoio, é importante dizer que esta refere-se ao grupo de sujeitos com os quais a pessoa mantém vínculos ou contato. Enquanto isso, o apoio social, também conhecido como suporte social, trata-se da funcionalidade da rede de apoio, ou seja, refere-se ao apoio emocional, informacional, afetivo, material, etc., disponibilizado ao sujeito através da rede de apoio (COBB, 1976; SHERBOURNE; STEWART, 1991).

Durante os atendimentos sociais e a visita domiciliar realizada, observou-se que apesar da preocupação dos familiares com a situação de saúde da criança, poucos estão dispostos a contribuir com os cuidados da mesma.

Um aspecto a ser destacado, nesse sentido, é que durante a visita domiciliar foi destacado pela equipe do Serviço Social a importância de a família compreender seu papel enquanto co-responsáveis pelo cuidado com a criança. Nesse sentido, quando se pensa no cuidado e atenção à criança, é importante destacar que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) destaca, em seu Art. 4º, que

“É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990).

Sendo assim, o Serviço Social tem realizado um trabalho de sensibilização, especialmente com a família extensa, para que a criança seja acolhida e tenha seus cuidados garantidos no ambiente familiar após a alta. É fundamental que se compreenda que não apenas os genitores devem exercer o papel de cuidadores, mas também os demais membros da família devem compartilhar esse papel sendo, dessa forma, rede de apoio efetiva da família.

Outro fato a ser destacado é que, pelo fato de a mãe ter outros 3 filhos vivendo com ela além da criança alvo do estudo, sendo a genitora a única cuidadora destes, do ambiente doméstico e de tudo que os envolve. Nesse sentido, verificou-se que a genitora, em diversas situações, encontra-se sobrecarregada devido à quantidade de demandas apresentadas diariamente, além de ter poucas oportunidades de visitar a criança na UTI Pediátrica devido a ausência de rede de apoio efetiva.

3.4. Serviços prestados ao paciente e à família no âmbito hospitalar

No ambiente hospitalar, conforme apontado anteriormente, todo paciente é acompanhado por uma série de profissionais, dentre eles o Assistente Social. Inicialmente, após a internação da criança, o Serviço Social realizou o acolhimento inicial do paciente e seu acompanhante, apresentando o serviço e se colocando à disposição.

Após o acolhimento inicial, foi utilizada a Ficha Social para recolhimento de informações relacionadas ao histórico e contexto familiar. Nesse momento, foram registradas questões sobre histórico de saúde do paciente e de familiares, relações familiares, situação de moradia, acesso a serviços de saúde e assistência, dentre outros.

Além disso, diariamente foi realizada visita ao leito, onde foi realizada escuta qualificada, disponibilizado apoio, realizadas orientações relacionadas à rede de serviços, dentre outros aspectos. O Serviço Social também fez contato com os demais profissionais da UTI Pediátrica com vistas a estar atualizado acerca do quadro clínico e avanços do paciente.

Outro serviço prestado também foram as orientações, direcionadas aos genitores e outros familiares, relacionadas aos cuidados com a saúde da criança hospitalizada e com as demais crianças do grupo familiar. Foi enfatizada a

necessidade de os cuidadores estarem atentos a quaisquer sinais e sintomas de problemas neurológicos nos outros filhos e a importância de buscar os serviços de saúde especializados quando necessário.

Além disso, os genitores também foram esclarecidos quanto aos direitos e deveres da criança e da família enquanto usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como quais as possibilidades existentes e providências a serem tomadas para a garantia de um cuidado integral no ambiente hospitalar. De modo geral, o Serviço Social segue acompanhando o paciente e sua família durante todo o período de internação.

3.4. Serviços que serão prestados ao paciente e à família por meio da articulação com a Rede de Serviços

A Rede de Serviços, ao atender pessoas em situação de vulnerabilidade, como é o caso da família da criança alvo deste estudo, pode atuar por meio de benefícios emergenciais e também na resolução de situações a longo prazo. Nesse sentido, o Serviço Social fará articulação com a rede de serviços para que essas duas formas de atendimento sejam viabilizadas à família.

3.4.1. Benefícios eventuais

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) prevê, em caráter suplementar e provisório, alguns benefícios às famílias e cidadãos diante de nascimento, morte, vulnerabilidade temporária e calamidade pública. Trata-se de uma série de benefícios assegurados pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), e integram, de forma orgânica, as garantias do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 1993; BRASIL, 2011).

É necessário destacar que os benefícios eventuais são disponibilizados a partir de estudo e acompanhamento da família por meio do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Dessa forma, além de a família ser assistida pelos benefícios, é acompanhada e são identificadas outras fragilidades e potencialidades, no intuito de atender de forma integral suas necessidades.

Nesse aspecto, primeiramente, a partir de atendimento social com o genitor da criança, observou-se que o mesmo não possui documentação básica (Registro Geral e Cadastro de Pessoa Física). Nesse sentido, será acionada a Secretaria Municipal de Trabalho e Promoção Social do município de Bragança para que esse

direito seja garantido ao genitor de forma gratuita, tendo em vista suas condições financeiras. Trata-se de um direito de todo cidadão e precisa ser viabilizado. Além disso, para acesso a alguns benefícios sociais é necessária a documentação básica.

Além da documentação do genitor, outro benefício eventual a ser articulado é o complemento alimentar. A partir dos atendimentos sociais e visita domiciliar, foi possível observar que a vulnerabilidade a qual a família está exposta influencia a qualidade alimentar, sendo a alimentação um direito inerente a toda pessoa humana. Além disso, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reforça a importância da alimentação de qualidade para o desenvolvimento saudável da criança. Dessa forma, será acionada a Secretaria Municipal para que a situação alimentar também seja avaliada e este direito garantido à família.

3.4.2. Garantia de direitos e acompanhamento a longo prazo

Alguns recursos e órgãos da rede municipal e estadual serão acessados, com o objetivo de que o paciente e a família tenham alguns direitos garantidos. Essa garantia de direitos contribuirá para uma vida de qualidade e um desenvolvimento saudável (na medida do possível) para a criança, seus irmãos e genitores.

Nesse sentido, após a garantia da documentação do genitor, será viabilizada através do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) a inscrição no Cadastro Único que dará acesso aos benefícios, dentre eles o Benefício de Prestação Continuada (BPC) previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Trata-se de um benefício de um salário mínimo por mês, destinado a pessoas idosas e pessoas com deficiência. Nota-se que de acordo com estudos e diagnóstico médico que a criança apresenta impedimentos de natureza física e sensorial de longo prazo e necessitará ser atendida na sua integralidade, portanto, através deste benefício a família terá a possibilidade de custear as necessidades que se apresentarão.

Outro aspecto a ser destacado a partir das percepções após visita domiciliar, é que será possível realizar algumas intervenções relacionadas à situação de moradia precária da família. O direito à moradia, está incluído dentre os direitos enumerados no Artigo 6.º da Constituição da República, que são os direitos sociais, inseridos a partir da Emenda Constitucional nº 26 do ano de 2000.

Além disso, o ambiente domiciliar precisa ser preparado para que a criança seja recebida após a alta hospitalar. Para que a criança possa residir com sua

genitora, alguns encaminhamentos serão necessários, tendo em vista que é fundamental que a criança resida em um ambiente que não coloque em risco sua saúde.

Uma das possibilidades apresentadas para a garantia do direito à moradia digna é o acesso ao programa da Companhia de Habitação do Pará (COHAB) em parceria com o município, o Programa Sua Casa, anteriormente denominado Cheque Moradia. Este programa foi atualizado em nomenclatura e inserido em novos critérios de participação pelo atual governo do Estado do Pará por meio do Decreto 8.967 de 30 de Dezembro de 2019. O Programa visa à construção, reforma, ampliação, melhoria ou adaptação de unidades habitacionais. Diante disso, o Serviço Social irá acionar a coordenação do Centro de Habitação do município, para realizar visita técnica com intuito de verificar se a família se encaixa nos critérios para assim realizar a intervenção necessária.

Além da moradia adequada, tendo em vista a situação de saúde da criança, será necessário que a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a Agente Comunitária de Saúde (ACS) façam acompanhamento efetivo da criança e sua família. A UBS é unidade primária em saúde e tem o objetivo de promover especialmente atendimento preventivo e educativo. Enquanto isso, o ACS tem a atribuição de exercer “atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas” (BRASIL, 2018).

Os familiares da criança relataram que não costumam estar presentes na UBS de forma ativa devido a distância e falta de recursos financeiros para locomoção, já que trata-se de 4 crianças. A genitora informou que frequenta a unidade em situações esporádicas como campanha de vacinação. Além disso, destacou que a Agente Comunitária de Saúde (ACS) responsável pela área que a família faz parte não realiza visitas de acompanhamento à família.

A proposta apresentada pelo Serviço Social é fazer contato com a coordenação da UBS do território, com o objetivo de que esta possa acompanhar a criança mais ativamente, e junto com a coordenação pensar estratégias de acompanhamento à família. Um dos principais meios para que esse direito ao acesso à atenção básica seja garantido será por meio do acompanhamento efetivo da ACS, que precisará estar presente de forma ativa no processo, visto que é dever deste acompanhar a família em sua residência, conforme preconiza a Lei 11.350 de

05 de outubro de 2006, que regulamenta a profissão enquanto necessária para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Sendo assim, será realizada notificação formal, mediante à Secretaria Municipal de Saúde, acerca da ausência de cobertura de saúde para a família, bem como serão cobradas providências.

Tendo em vista a situação de saúde da criança, também será necessário acompanhamento domiciliar, por parte do sistema público de saúde, que deverá ocorrer através do Programa Melhor em Casa. Este consiste em um serviço de atenção domiciliar regulamentado pela Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013. Trata-se da garantia de atenção e continuidade do cuidado em saúde no ambiente domiciliar, promovendo uma série de ações que podem envolver prevenção, promoção e tratamento, dependendo da situação.

No caso do paciente alvo deste estudo, o mesmo vive com a família em zona rural, não atendida pelas diretrizes do programa. Nesse sentido, o Serviço Social fará articulação com a Secretaria Municipal de Saúde e a coordenação do programa, apresentando formalmente a situação por meio de relato verbal e relatório social. Esse contato terá objetivo de sensibilizar a equipe e buscar estratégias para que o acompanhamento da criança seja viabilizado, tendo em vista sua situação de saúde e contexto familiar.

Um aspecto a ser enfatizado aqui é a importância da perspectiva de saúde não apenas como ausência de doença, mas em uma perspectiva integral, que abrange diversos aspectos da vida do paciente e de sua família. Nesse sentido, será acionado o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do território no qual a família faz parte, para que este possa acompanhá-la de forma efetiva.

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) consiste em Proteção Social Básica (PSB) da Política de Assistência, regulamentado pela Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e pela Lei 12.435, de 6 de julho de 2011, compreendendo

unidade pública municipal, de base territorial, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência e à prestação de serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica às famílias (BRASIL, 1993).

O objetivo do acompanhamento efetivo do CRAS, de modo geral, será estar atento às suas necessidades básicas, com o intuito de prevenir o agravamento dessas necessidades e intervir para que a criança e sua família tenham seus direitos básicos garantidos. Dessa forma, será acionado o CRAS do território ao qual a

família faz parte, solicitada reunião com a coordenação, bem como apresentado, por meio de relatório social, a situação.

Outro órgão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) a ser acionado será o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). O CREAS atende pessoas e famílias que se encontram em situação de risco social ou que tiveram seus direitos violados. Conforme a Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei 12.435, de 6 de julho de 2011, o CREAS

unidade pública de abrangência e gestão municipal, estadual ou regional, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos ou contingência, que demandam intervenções especializadas da proteção social especial (BRASIL, 1993; BRASIL, 2011).

Uma de suas formas de atuação é intervindo nos casos de fragilidade ou rompimento de vínculos familiares. Na situação estudada, observou-se conflito familiar entre os genitores da criança, bem como dificuldades na compreensão dos demais membros da família de seu papel enquanto co-responsáveis pela criança.

4. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu uma série de reflexões acerca da importância do cuidado integral em saúde e dos direitos da criança e da família. Foi possível identificar os danos da ausência da atenção primária nos territórios. Também pôde-se perceber a importância da atenção multiprofissional no ambiente hospitalar para identificação das mais variadas necessidades e possibilidades de intervenção. Ressalta-se, nesse sentido, a importância da participação do Assistente Social enquanto membro da equipe, tendo em vista as particularidades as quais este profissional está atento. Além disso, a articulação da rede de serviços surge como um importante meio de viabilização do suprimento de necessidades. Espera-se que, a partir das reflexões e proposições levantadas, seja possível garantir os direitos básicos da criança e de sua família.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 8.069, de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm

BRASIL. Lei nº 12.435, de 06 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Ministério

do Desenvolvimento Social. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm#art2

BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13595.htm. Acesso em: 25 maio 2023.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Ministério do Desenvolvimento Social. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742compilado.htm

BRASIL. Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html

BRASIL. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997. Reconhece profissionais de saúde de nível superior. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html

BRASIL. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

COBB, Sidney. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic medicine**, v. 38, n. 5, p. 300-314, 1976.

CRONEMBERGER, Izabel Herica Gomes; TEIXEIRA, Solange Maria. Famílias vulneráveis como expressão da questão social, à luz da política de assistência social. *Revista Informe Econômico, Piauí*: 1(1): 17-26, 2013.

FERREIRA. ABH. Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa. 8. ed. Curitiba: Positivo; 2010.

MESQUITA, Ana Maria Otoni; DESLANDES, Suely Ferreira. A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. *Saúde e sociedade*, v. 19, n. 3, p. 664-673, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca Virtual em Saúde: Epilepsia. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/epilepsia-6/#:~:text=A%20crise%20convulsiva%20%C3%A9%20a,%2C%20%C3%A0s%20vezes%2C%20at%C3%A9%20urinar>. Acesso em: 24 maio 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Entenda as diferenças entre RT-PCR, antígeno e autoteste. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/entenda-as-diferencas-entre-rt-pcr-antigeno-e-autoteste#:~:text=%C2%B7%20RT%20DPCR%3A%20%C3%89%20um.por%20um%20profissional%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 24 maio 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Glossário saúde Brasil: Insegurança Alimentar e Nutricional. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/glossario/inseguranca-alimentar-e-nutricional#:~:text=Inseguran%C3%A7a%20alimentar%20grave%3A%20s%C3%A3o%20caracterizados,incluir%20a%20experi%C3%Aancia%20de%20fome>.
Acesso em: 25 maio 2023.

ORNELAS, José. Suporte social: origens, conceitos e áreas de investigação. Análise, v. 12, p. 333-339, 1994. Disponível em:
chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3103/1/1994_23_333.pdf

PEDERSEN, Anita L. et al. Reconceptualizing family adaptation to developmental delay. **American journal on intellectual and developmental disabilities**, v. 120, n. 4, p. 346-370, 2015.

SHERBOURNE, Cathy Donald; STEWART, Anita L. The MOS social support survey. **Social science & medicine**, v. 32, n. 6, p. 705-714, 1991.

SINGHAL, Tanu. A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). **The indian journal of pediatrics**, v. 87, n. 4, p. 281-286, 2020.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. Fisiopatologia e Classificação: insuficiência respiratória. Disponível em:
https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/12222/mod_resource/content/3/un01/top03p01.html. Acesso em: 24 maio 2023.

YASBEK, Maria Carmelita. Classes subalternas e assistência social. 8 ed. Cortez: 2015.