



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
COLEGIADO DE ENSINO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

ÉLEM DE JESUS SILVA LIMA

**VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O
ADOLESCENTE: OS DESAFIOS DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM
CONTEXTOS HOSPITALARES.**

Salvador
2017

ÉLEM DE JESUS SILVA LIMA

**VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O
ADOLESCENTE: OS DESAFIOS DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM
CONTEXTOS HOSPITALARES.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a. Ma. Geyse Clea Silva de Miranda

Salvador
2017

ÉLEM DE JESUS SILVA LIMA

**VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O
ADOLESCENTE: OS DESAFIOS DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM
CONTEXTOS HOSPITALARES.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em 30 de agosto de 2017.

Geyse Clea Silva de Miranda- Orientadora _____
Mestra em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC).
Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Ana Maria Ferreira Cardoso _____
Doutora em Educação pela Universidade Federal do Ceará (UFC).
Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Dijane da Silva Santos _____
Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde da Criança pela
Universidade Federal da Bahia (UFBA).
Fundação da Criança e do Adolescente (FUNDAC).

A

Deus, a toda a minha família, aos amigos de perto e de longe e a todas Assistentes Sociais que atuam na defesa dos direitos da Criança e do Adolescente vítimas de violência.

AGRADECIMENTOS

Eu sempre soube que melhor do que pedir é agradecer, por esse motivo a gratidão faz parte da minha vida, e não poderia ser diferente nesse processo acadêmico...

Agradeço a Deus desde o resultado do vestibular onde vi meu nome na lista do Curso de Serviço Social da UFBA, essa escolha não foi tão consciente, mas o meu Deus que tem o total controle da minha vida conduziu os meus passos para chegar até aqui. Portanto, é bem óbvio que meu primeiro agradecimento é a esse Deus ao qual sou eternamente grata por estar ao meu lado ao longo dessa trajetória, me dando saúde, força, livramentos e estrutura para suportar as adversidades. Obrigada meu Pai!

Sou grata a toda a minha família, em especial a minha mãe Margarida, meu pai Roberto e ao meu irmão Erick por serem minha base e terem caminhado junto comigo cada etapa desse processo, obrigada pelo amor demonstrado a mim. Agradeço as minhas tias e primos pelo apoio e carinho de sempre, sem vocês ficaria praticamente impossível concluir essa etapa da minha vida.

Sou grata pelos amigos que Deus me presenteou ao longo da vida, amigos esses que se mostraram compreensivos e solidários durante esse percurso. Agradeço pelas alegrias, tristezas, dores compartilhadas e principalmente pelas palavras de incentivo! Força Élem! Quase sempre ouvia isso...

Sou grata ao curso de Serviço Social da UFBA e às pessoas que convivi nesse espaço ao longo desses 04 anos. Em especial, aos servidores do Instituto de psicologia ao qual por intermédio do projeto de pesquisa fui bolsista Permanecer e recebia diariamente palavras de incentivo e encorajamento. Obrigada pelos momentos!!!

Agradeço as colegas do curso pelo companheirismo, em especial as minhas “pirikitas” – Cristiane Alves, Luzia Carvalho, Heives Barreto e Silve Elen, a cada semestre que a gente sobreviveu fortaleceu ainda mais nossa amizade. Essas serão com certeza pessoas para a vida toda...

Sou grata as Assistentes Sociais que conheci durante esse período, em especial minha supervisora de Estágio Supervisionado, Michelle Guerra, por ter sido uma referência de profissional sempre pautada no Projeto Ético-Político da nossa profissão, respeitando meus limites e acreditando no meu potencial!

Sou grata as professoras do curso de Serviço Social da UFBA, em especial a minha orientadora Geyse Miranda, pela competência profissional, por estar ao meu lado nessa árdua jornada. Obrigada por ter me “escolhido” e pela compreensão, orientação e paciência na construção e conclusão deste trabalho. Quando crescer quero ser igual a ela!!

Por fim, mas não menos importante, agradeço a banca examinadora – Assistente Social Dijane e professora Ana Maria, por terem aceitado meu convite tão especial.

Enfim... meu nome é gratidão!

A violência não é força, mas fraqueza, nem nunca poderá ser criadora de coisa alguma, apenas destruidora.

Benedetto Croce

LIMA, Élem de Jesus Silva. **Violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente**: os desafios na atuação do Assistente Social em contextos hospitalares. XXX f. il. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

RESUMO

A violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente se constitui um fenômeno sócio histórico, passado ao longo das gerações e que persiste em nossos dias atuais. Esse fenômeno ocorre a partir das relações de poder entre o adulto e o “menor” e se intensifica no decorrer da história no contexto da sociedade capitalista, com profundas desigualdades refletindo diretamente na condição de vida das crianças e adolescentes vitimizadas. Nesse sentido, durante muitos anos a violência era tratada como problema exclusivo da segurança pública, sem vínculo algum com o campo da saúde. Essa realidade é modificada a partir dos anos de 1996, onde a violência passa a ser entendida como problema de saúde pública. Logo, diversos casos de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente são apresentados como demandas para o campo da saúde, sobretudo em contextos hospitalares. É nesse âmbito que se pauta o objetivo geral deste trabalho que é o de analisar as possibilidades da atuação do Assistente Social em contextos hospitalares frente ao fenômeno violência intrafamiliar. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, por meio de pesquisa bibliográfica e documental, bem como a análise de dados secundários, visando trazer um panorama nacional e local sobre a temática. O estudo demonstrou que diante da complexidade da manifestação da violência intrafamiliar a atuação do Assistente Social em contexto hospitalar perpassa por grandes desafios, sejam eles estruturais ou do cotidiano profissional, mas também com possibilidades que devem ser levadas em consideração visando à proteção integral de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar.

Palavras-chave: Violência; Criança; Adolescente; Assistente Social; Saúde.

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Marcos Históricos da Proteção Social das Crianças e Adolescentes no Brasil	28
Tabela 2 - Quantidade de notificações compulsórias registradas no SINAM da cidade de Salvador/BA.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAOCA	Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça da Criança e do Adolescente
CAPs	Centros de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados de Assistência Social
CT	Conselho Tutelar
DIS	Diretoria De Informação Em Saúde
DNCr	Departamento Nacional da Criança
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FEBEM	Fundações do Bem-Estar do Menor
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVISA	Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS A ADOLESCENTES: HISTORICIDADE, SAÚDE E PANORAMA DE SALVADOR.....	15
2.1 A INFÂNCIA SEM MÁSCARAS.....	15
2.2 O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE.....	30
2.3 VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR O CENÁRIO SOTEROPOLITANO.....	43
3. O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM AMBIENTES HOSPITALARES.....	48
3.1. O CAMPO DA SAÚDE E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL.....	48
3.2 AS ESPECIFICIDADES DO CONTEXTO HOSPITALAR.....	64
3.3 AS RESPOSTAS DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE À VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.....	77
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERENCIAS.....	89

1. INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como tema a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente: os desafios da atuação profissional do Assistente Social em contextos hospitalares. A violência é entendida aqui como fenômeno sócio histórico que traz impactos na vida da criança e do adolescente e conseqüentemente gera demandas aos serviços de saúde, por provocar problemas físicos, psicológicos, emocionais e cognitivos às suas vítimas.

Em âmbito mundial, a Quadragésima Nona Assembléia Mundial de Saúde passou a adotar a Resolução WHA49. 25 de 1996, que declara a violência como um problema de saúde pública. Como resposta e afirmação a esta resolução a Organização Mundial da Saúde em 2002 apresentou o primeiro Relatório mundial sobre violência e saúde na perspectiva de ampliar o olhar e a consciência de todos sobre a violência.

Por conseguinte, no âmbito brasileiro, o Ministério da Saúde lançou uma portaria de N° 1.271 de 2014 que define a lista Nacional de Notificação Compulsória para doenças, agravos, assim a violência se encaixa no perfil de agravo, devendo ser obrigatoriamente notificada por qualquer profissional ou serviço de saúde. Os dados¹ do SINAN revelam que a cidade de Salvador notificou 1.419 casos de violência no ano de 2016 através de notificação compulsória. Esses números revelam uma problemática que é a questão da subnotificação dos casos de violência.

A violência contra a criança e o adolescente gera dados impactantes na realidade brasileira e é um tema bastante debatido nos meios acadêmicos, contudo, sua visibilidade não veio acompanhada de medidas efetivas para o enfrentamento desse fenômeno. Segundo o balanço geral fornecido pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça da Criança e do Adolescente – CAOCA², em 2016 a Bahia ocupou o 16° lugar no ranking nacional de reclamações no dique 100, onde as violências mais denunciadas foram à negligência (4.147 denúncias), a

¹ Dados sistematizados pela autora através do link:
<http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/sinan/viole.def>

² Dados obtidos através de contato por e-mail com a Assessoria Jurídica do Ministério Público da Bahia em 17 de março de 2017.

violência psicológica (2.458 denúncias), a física (2.253 denúncias) e a sexual (789 denúncias).

Portanto, o interesse pela temática se deu a partir da experiência de Estágio Supervisionado em Serviço Social I, II e III, ocorrido na enfermaria pediátrica de um hospital geral na cidade de Salvador/BA. É nesse contexto que se revela o objetivo geral deste trabalho que é o de analisar os limites e possibilidades da atuação do Assistente Social em contextos hospitalares frente a este fenômeno tão complexo que é a violência intrafamiliar.

Importante salientar que o Assistente Social é reconhecido como profissional de saúde, por intermédio da Resolução de nº 218 de 6 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução do CFESS de nº 383, de 29 de março de 1999. Dessa forma, esse profissional é legitimado para atuar nesse contexto, com fundamento ético-político, teórico-metodológico e técnico-operacional que viabilizem competências e atribuições necessárias ao enfrentamento da violência no campo da saúde.

Assim, o Assistente Social trabalha no enfrentamento das manifestações da questão social, a partir dos determinantes e condicionantes sociais expressos no campo da saúde. Logo, o profissional atua visando formular respostas para o enfrentamento da violência enquanto manifestação da questão social que se revela como forma de dominação e de violação de direitos, sobretudo, do direito à vida e a saúde.

O Trabalho foi elaborado mediante o estudo de abordagem qualitativa, por intermédio de pesquisa bibliográfica onde foram utilizados livros e produções científicas disponíveis em bibliotecas virtuais de acesso livre. Frente ao exposto, a pesquisa bibliográfica é uma metodologia que oferece a possibilidade para solucionar uma problemática, sendo assim, possui critérios de coleta de dados bem estabelecidos. Segundo os autores:

A pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tomada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc., até meios de comunicação orais: rádio, gravações em fita magnética e audiovisuais: filmes e televisão. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos por alguma forma, querem publicadas quer gravadas. (MARCONI e LAKATOS, 2007).

Nesse sentido a pesquisa bibliográfica não compreende a idéia de repetição do que já foi publicado e sim, possibilita um estudo de determinado tema sob novas perspectivas e questionamentos. Para, além disso, foi realizada uma pesquisa documental, com análises de leis, políticas, portarias, bem como, as informações fornecidas pelo Centro de Apoio Operacional as Promotorias da Criança e do Adolescente – CAOCA (relacionados ao disque 100), pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, ferramenta que sistematiza os números de notificações compulsórias feitas pelas unidades de saúde na cidade de Salvador/BA e pelas análises construídas pela autora e registradas em diário de campo ao longo do processo de estágio supervisionado em Serviço Social.

A fundamentação teórica foi essencial para o desenvolvimento deste trabalho, vale salientar as principais obras e textos como a do historiador Ariès (1981; 1990) por tratar da história social da criança e de como se davam as relações no âmbito privado. As autoras Rizzini (2011) e Faleiros (2004; 2011) quando estas trazem uma análise histórica das políticas sociais e da assistência à infância no Brasil. A autora Azevedo Guerra (2005), que trata da violência de pais contra filhos, fazendo um resgate histórico deste fenômeno. Os textos de Minayo (1999; 2004; 2006) que trata da violência inserida num contexto mais amplo de saúde pública. Para uma análise da saúde brasileira e atuação do Assistente Social utilizaram-se obras importantes de Bravo (2009; 2010; 2013), Martinelli (2011), Paim (2003), Vasconcelos (2009), Mota (2017), Matos (2013) e os parâmetros da atuação do Assistente Social na Saúde – CFESS (2010).

Quanto à estrutura do trabalho, este foi organizado da seguinte maneira: O capítulo 1 traz um resgate histórico da infância desde a idade média numa perspectiva mais ampla e no caso brasileiro, desde o período colonial até os dias atuais, onde sinalizamos os marcos históricos da proteção social das crianças e adolescentes no Brasil. Posteriormente, a violência intrafamiliar é tratada como fenômeno sócio histórico, pertinente nas relações familiares brasileiras e que por causar inúmeras conseqüências na vida das vítimas chega como demanda aos serviços de saúde. Por fim, foi apresentado um panorama das notificações compulsórias feitas pelos profissionais de saúde na cidade de Salvador/BA nos casos de violência.

O Capítulo 2 discute o campo da saúde e a atuação do Assistente Social nesse contexto, levando em consideração a historicidade da política de saúde no Brasil.

Por conseqüência aborda as especificidades do ambiente hospitalar, considerando este, um campo repleto de desafios para a categoria profissional. E por fim, foi feita uma análise das possíveis respostas do Assistente Social frente à manifestação da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente em contextos hospitalares.

Então, este trabalho propicia uma aproximação da teoria e da prática, onde tiramos possíveis conclusões, não limitadas, mas passíveis de novas análises e descobertas.

2. A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS A ADOLESCENTES: HISTORICIDADE, SAÚDE E PANORAMA DE SALVADOR

2.1 A INFÂNCIA SEM MÁSCARAS

A concepção que se tem sobre a infância nos dias atuais é fruto de uma construção sócio histórica que passou por transformações inclusive, no modo de pensar e viver essa fase da vida. Nem sempre, criança teve seu lugar reservado na família e seus direitos garantidos pelas diversas legislações vigentes, sendo assim, se faz necessário uma análise de como se deu o percurso histórico que contribuiu para que a criança deixasse de ser objeto e passasse a ser sujeito dotado de direitos.

A etimologia da palavra “infância” tem sua origem do latim *infantia* do verbo *fari*, onde *in* nega o verbo *fan*, que significa falante. Logo, *infans*, para a autora filósofa Gagnebin (1997, p. 87), é o ser que não possui “o meio de expressão próprio de sua espécie: a linguagem articulada”. Dessa forma, etimologicamente, a infância consiste no silêncio de quem não tem voz (fala). Segundo autores:

[...] a definição da palavra infância, oriunda do latim *infantia*, significa ‘incapacidade de falar’. Considerava-se que a criança, antes dos 7 anos de idade, não tinha condições de falar, de expressar seus pensamentos, seus sentimentos. Desde a sua gênese, a palavra infância carregava consigo o estigma da incapacidade, da incompletude perante os mais experientes, regulando-lhes uma condição subalterna diante dos membros adultos. Era um ser anônimo, sem um espaço determinado na sociedade. (CORDEIRO; COELHO, 2007, p 884).

Nesta perspectiva, a palavra infância traz consigo a marca de incapacidade e subalternidade em relação aos mais velhos, um ser desprovido de uma identidade e

imperceptível enquanto categoria social. Dessa forma, mais precisamente no século XII, a infância era totalmente desconhecida, crianças eram vistas como miniaturas dos adultos. Segundo o historiador:

Na Idade Média, no início dos tempos modernos, e por muito tempo ainda nas classes populares, as crianças misturavam-se com os adultos assim que eram consideradas capazes de dispensar a ajuda das mães e ou das amas, poucos anos depois de um desmame tardio- ou seja, aproximadamente, aos sete anos de idade. A partir desse momento, ingressavam imediatamente na grande comunidade dos homens, participando com seus amigos jovens e ou velhos dos trabalhos e dos jogos de todos os dias. O movimento da vida coletiva arrastava numa mesma torrente as idades e as condições sociais, sem deixar a ninguém o tempo da solidão e da intimidade. Nessas existências densas e coletivas, não havia lugar para setor privado. (ARIÈS, 1981, p.275).

Neste aspecto, na idade medieval as “miniaturas de adultos”, eram as crianças a partir dos sete anos de idade, que já eram inseridas na vida adulta e conseqüentemente úteis para a sociedade. Ainda nesse contexto, as crianças em seus primeiros meses de vida, eram tratadas como um objeto de diversão pelos mais velhos. Ariès (1981) vai denominar esse sentimento para com as crianças de “pararicação”, assim, a partir dos 7 anos a criança era afastada da família para aprender com os outros adultos fora de casa.

Dessa forma, a criança era responsável pela economia assim como os adultos e realizavam as mesmas tarefas dos pais, contudo, a socialização da criança em desenvolvimento não era assegurada pela família. Nesse sentido, Ariès (1981) relata, que quando a criança passava do período de “pararicação”, esta passava conviver com em outra casa com pessoas que não eram de sua família, segundo o historiador:

As trocas afetivas e as comunicações sociais eram realizadas fora da família num momento denso e quente, composto por vizinhos, amigos, amos e criados, crianças e velhos, mulheres e homens [...]. (ARIÈS, 1981, p. 11).

A percepção da infância foi se modificando ao longo dos séculos a cada contexto histórico. Assim, a partir do fim do século XVI e durante o século XVII, a infância passa a ser percebida numa outra perspectiva, seguida das modificações dos costumes e na forma de vestir daquela época, e principalmente na separação das crianças de classes sociais distintas. Nesse contexto, a sociedade passava pela transição do feudalismo para o capitalismo.

Tratadas como adultos, o uso da mão-de-obra infantil crescia na medida do desenvolvimento acelerado do capitalismo, ocasionado pela divisão de classe peculiar do sistema, logo, a burguesia exigia uma educação diferenciada para seus filhos, na medida em que se preparassem para quando estivessem “adultos”, pudessem exercer suas atividades e enfrentar a aristocracia. No entanto, em se tratando das crianças de famílias pobres, decorrente das condições econômicas, sociais e culturais, a realidade era de exploração do trabalho. Segundo Redin:

Essa evolução da família medieval para a família do século XVII e para a família moderna, durante muito tempo se limitou aos nobres, aos burgueses, aos artesãos e aos lavradores ricos. Ainda no início do século XIX, uma grande parte da população, a mais pobre e a mais numerosa, vivia como as famílias medievais, com as crianças afastadas das casas dos pais. (ARIÈS apud REDIN, 1998, p.17).

Contudo, a criança burguesa, nesse contexto era arrancada da sociedade adulta e trazida para o seio familiar. Nasce uma problemática nesse contexto, pois como “adultos” as crianças desfrutavam de certa “liberdade”, porém passavam a ser propriedade da família e ter atenção da igreja, dos moralistas e admiradores da época. Dessa forma, começavam a receber castigos caso não se enquadrassem na moralidade imposta.

É nesse momento que o uso do castigo ganha destaque, surgindo à vara como método de punição. Alguns autores revelam que nesse período, os adultos se apossavam de trechos da bíblia sagrada para castigar as crianças, Guerra (2005) relata que no século XVII os dizeres bíblicos eram enfatizados como respaldo para punir, “Aquele que poupa a vara, quer mal ao seu filho, mas o que o ama, corrige-o continuamente (Provérbios 13:24) – Castigando-o com a vara, salvarás sua vida da morada dos mortos (Provérbios 23:14). ” (PROVÉRBIOS *apud* GUERRA, 2015, p. 52).

No século XVII, a moral era influenciada pela igreja, onde a imagem da criança nesse sentido estava vinculada ao do Menino Jesus ou da Virgem Maria. Nesse contexto é que a educação surge como um método disciplinador, Ariès (1981) afirma que, “a disciplina escolar teve origem na disciplina eclesiástica ou religiosa; ela era menos um instrumento de coerção do que de aperfeiçoamento moral e espiritual” (p. 126).

Assim, a necessidade de se preocupar com a infância no século XVII, era apenas de discipliná-los, fortalecendo uma moral religiosa. Dessa forma, a escola passa a ser o meio de formação das crianças, preparando-as para a vida adulta. Sendo assim, a criança deixa o seio familiar e passa a frequentar a escola, instituição controlada pelo Estado e apoiada pela igreja, que visa à escolarização como forma de reforçar os preceitos religiosos e garantir seguidores fiéis conservando seu poder na sociedade.

Entre os séculos XVIII e XIX, com o advento da Revolução Industrial a criança é novamente vista como objeto passível de exploração e a escola passa a prepará-las para a industrialização. Contudo, devido à grande procura por mão-de-obra barata, as crianças foram se afastando da escola.

Se a vida em comum com os adultos antes da Revolução Industrial tratava a criança com descaso, agora, o seu valor enquanto geração de braços para indústrias e cabeças para o comando lhe traz o exílio de seu tempo. Viver a infância passa ser um período dominado por modelos de preparação para ser o futuro adulto. A criança como tal, com identidade específica, continua desrespeitada e desumanizada. (AMARILHA apud por CORDEIRO; COELHO, 2007, p. 885).

Vale salientar que considerando as configurações da sociedade capitalista as crianças pobres eram as mais atingidas, assumindo a responsabilidade de contribuir com as despesas familiares. Para tanto, com o desenvolvimento das diversas esferas das ciências humanas, houve grande interesse em compreender a infância entre os anos de 1850 a 1950, resultando na retirada das crianças das fábricas e na reinserção das mesmas na escola.

“A noção de infância, agora, passa pelo crivo dos conceitos técnicos e científicos. Essa análise e respaldada e analisada a luz da Psicologia da Sociologia, da Medicina, dentre outros campos do saber, passando a emitir um parecer científico a respeito dessa fase da vida humana, adquirindo estas constatações uma maior respeitabilidade frente à sociedade. (CORDEIRO; COELHO, 2007, p. 885).

O interesse em compreender a infância nesse contexto, se dá pela recorrente compreensão acerca desse período da vida humana, nesse sentido, a criança passa então a ser reconhecida na sociedade, a ter uma identidade e a ser vista com um ser possuidor de características próprias.

A história da infância no Brasil não se difere muito dos demais países. Contudo, analisar esse fato requer acompanhar os passos da história do país.

Dessa forma, é importante destacar esse processo desde o Brasil Colônia (1500-1822), perpassar pelo Brasil Império (1822-1889) e Brasil República (1889 – dias de hoje).

O processo de colonização do Brasil traz consigo marcas de um povo que ao chegar ao país, estabeleceu seus modos de vida, suscitando uma série de problemas. Para Ferreira Santos (2007) a chegada dos portugueses no país, acarreta:

O sistema colonial, início da trajetória histórica do Brasil, foi ponto essencial para o desenvolvimento das forças produtivas [a consolidação do comércio manufatureiro, o progresso tecnológico, entre outros], possibilitando que o processo monocultor-escravista-agro-exportador fosse o alicerce da acumulação primitiva (MARX, 1998) e, por conseguinte, do capitalismo industrial. Em nome desse processo, milhares de índios e negros africanos foram extirpados das suas condições sociais de vida, no maior etnogenocídio da história da humanidade. (FERREIRA SANTOS apud SANTOS, 2007, p. 227).

Para, além disso, o Brasil passa a se estruturar econômica e politicamente a partir da relação estabelecida com a metrópole portuguesa. Para Faleiros (2004), “As leis e as ordens para as crianças vinham da metrópole e eram aplicadas através da burocracia, dos representantes da corte e da igreja católica” (p.2). Dessa forma, o Estado e a igreja se uniam na promoção do poder e legitimação religiosa. Assim, as crianças índias eram cuidadas pelos padres jesuítas, responsáveis por introduzi-las ao mundo do trabalho e à moral cristã. Segundo a autora (2011):

Os “soldados de Cristo”, como eram também chamados os padres da Companhia de Jesus, perseguiram um duplo objetivo estratégico. Convertiam as crianças ameríndias em futuros súditos dóceis do Estado português e, através delas, exerciam influência decisiva na conversão dos adultos às estruturas sociais e culturais recém importadas. (RIZZINI, 2011, p.17).

Neste período, devido à grande exportação de madeira, ouro, café e produtos agrícolas, passou-se a adotar um modelo escravocrata, onde os escravos eram objetos econômicos. Contudo, a criação de crianças escravas era de grande custeio, dessa forma, eram os escravos adultos que eram exportados, pois em pouco tempo de trabalho eles já pagavam o seu preço de compra.

Assim, existia nessa época grande mortalidade infantil devido às péssimas condições de vida que se encontravam os pais das crianças, onde suas mães eram

alugadas para amamentar outras crianças. A situação de abandono se tornou tão alarmante, que as autoridades resolveram utilizar medidas de intervenção. Em 1726, o vice-rei propôs recolher esmolas na comunidade visando socorrer aquelas crianças, bem como, a internação das mesmas em casas religiosas. Rizzini pontua: “foi assim que a Santa Casa de Misericórdia implantou o sistema da Roda no Brasil” (2011, p.19), caracterizada como:

As rodas eram cilindros rotatórios de madeira usados em mosteiros como meio de se enviar objetos, alimentos e mensagens aos seus residentes. Rodava-se o cilindro e as mercadorias iam para o interior da casa, sem que os internos vissem quem as deixara. A finalidade era a de se evitar o contato dos religiosos enclausurados com o mundo exterior, garantindo-lhes a vida contemplativa. Como os mosteiros medievais recebiam crianças doadas por seus pais, para o serviço de Deus, muitos pais que “abandonavam” seus filhos utilizavam a roda dos mosteiros para nela depositarem o bebê. Desse uso indevido das rodas dos mosteiros, surgia o uso da roda para receber os expostos, fixada nos muros dos hospitais para cuidar das crianças abandonadas. Assim, o nome da roda provém deste dispositivo (MARCÍLIO, 1999, p. 51).

A prática do uso da Roda objetivava salvar a honra das famílias que tiveram seus filhos abandonados no período de 1701 a 1800 (século XVIII). Para tanto, na Casa dos Expostos 90% das crianças morriam, por diversos fatores, principalmente pela falta de preparo e condições da própria instituição. A saúde nesse contexto era precária e a assistência médica era pautada pela filantropia da igreja e pela prática liberal.

No século XIX os asilos se expandem por todo Brasil, consequência da quebra do vínculo entre Estado e igreja, devido a questões de higiene. “[... aos preceitos higiênicos, tornou-se uma necessidade incontestável no século XX, com a República, consolidando a importância do papel do médico nas instituições” (RIZZINI, 2011, p.21).

Neste período começam a surgir iniciativas no campo da saúde pública, dessa forma, os higienistas desencadeavam um embate com os representantes da ação de caridade, mais tarde esse conflito foi sanado em prol da preservação da ordem mundial. Vale salientar que a proposta dos higienistas estava relacionada às crianças brancas e burguesas, na defesa pelas elites.

Vale considerar também que a constituição de 1824 estabelecia a instrução primária e gratuita para todos os cidadãos do império, exceto para índios e escravos que não eram considerados cidadãos, sendo que os escravos nesse contexto

constituíam grande parte da população. Sendo assim, a Constituição de 1824 em seu Art. 6, definia quem eram os cidadãos brasileiros:

- I. Os que no Brazil tiverem nascido, quer sejam ingenuos, ou libertos, ainda que o pai seja estrangeiro, uma vez que este não resida por serviço de sua Nação.
- II. Os filhos de pai Brasileiro, e os ilegítimos de mãe Brasileira, nascidos em paiz estrangeiro, que vierem estabelecer domicilio no Imperio.
- III. Os filhos de pai Brasileiro, que estivesse em paiz estrangeiro em serviço do Imperio, embora elles não venham estabelecer domicilio no Brazil.
- IV. Todos os nascidos em Portugal, e suas Possessões, que sendo já residentes no Brazil na época, em que se proclamou a Independencia nas Provincias, onde habitavam, adheriram á esta expressa, ou tacitamente pela continuação da sua residencia. (BRASIL, 1824, p. 01).

Quase 50 anos depois, é decretada a Lei do Ventre Livre, que considerava livre os filhos de mulheres escravas nascidos a partir daquela data, contudo:

A criança escrava, mesmo depois da lei do Ventre Livre, em 1871, podia ser utilizada pelo senhor desde os 08 anos até os 21 anos se, mediante indenização do Estado, não fosse libertada. Antes dessa lei, começavam bem cedo a trabalhar ou serviam de brinquedo para os filhos dos senhores. (FALEIROS, 2004, p.3).

Nesse contexto, era comum o abandono de crianças geradas nas relações sexuais entre as escravas ou índias com os senhores. “As crianças eram deixadas nas portas das casas e, muitas vezes comidas por ratos e porcos” (FALEIROS, 2004, p.3). Longe de reverter este quadro, o governo Republicano instituiu uma legislação visando controlar as crianças moralmente abandonadas. Nesta perspectiva, em 1830 foi normatizado o Código Criminal, que tinha por objetivo barrar a ação dos menores “delinquentes”. Após 60 anos, foi instaurado o Código Civil Penal, assim, crianças acima dos 09 anos poderiam sofrer penalidades, sendo submetidos a um regime disciplinador. Pereira afirma que:

O Código Criminal (Império) e o Código Penal (Primeira República) possuíam poucas variações de conteúdo. Tais códigos regulamentavam os procedimentos a serem adotados para pessoas de até 17 anos, em caso de “ação criminosa”. A ação coercitiva legal (penalização do delito) e institucional (instituições totais de reclusão) obedecia à mesma lógica destinada aos “infratores” adultos. (PEREIRA, 1992, p. 17).

Em 1902 (início do século XX), o Congresso Nacional discutia a proposta de uma política nomeada “assistência e proteção aos menores abandonados e

delinquentes”. Nesse período as crianças ficavam submetidas dos tribunais para a correção de seus. Sobre isso, Faleiros pontua:

Em 1903, foi criada a Escola Correccional 15 de novembro. Em 1923, foi autorizada a criação dos Juizados de Menores e em 1924 foram criados o Conselho de Assistência e Proteção aos Menores e o Abrigo de Menores. Em 1927, toda esta legislação é consolidada no primeiro Código de Menores. (FALEIROS, 2004, p.5).

O Código de Menores, que ficou conhecido como Código Mello Mattos³, foi a primeira legislação direcionada ao “menor” no Brasil e na América Latina. Vale salientar que este Código não considera as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, seu objetivo era o de regular o “menor” delinquente e o “menor” trabalhador, estabelecendo a vigilância pública sobre a criança. Esta ideia é problematizada por Rizzini, ao afirmar que:

A legislação dirigida aos menores de idade vinha a legitimar o objetivo de manter a ordem almejada, à medida que, ao zelar pela infância abandonada e criminosa, prometia extirpar o mal pela raiz, livrando a nação de elementos vadios e desordeiros, que em nada contribuíam para o progresso do país. Para atingir a reforma almejada para “civilizar” o Brasil, entendia-se ser preciso ordená-lo e saneá-lo. Designada como pertencente ao contingente de “menores abandonados delinquentes” (portanto potencialmente perigosos), a população jovem que fugia aos mecanismos sociais de disciplina, foi um dos focos para a ação moralizadora e civilizadora a ser empreendida. Sob o comando da Justiça e da Assistência, julgou-se estar, desta forma, combatendo os embriões da desordem. Traços desta história assombram o país até os dias de hoje. (RIZZINI, 2011, p. 139).

Nesta perspectiva, Rizzini (2011), revela que a problemática da infância perpassa nesse contexto, pela urgência que se tinha em intervir na vida desses indivíduos, corrigindo-os, a fim de torná-los sujeitos produtivos e úteis para o Brasil. Desse modo, entende-se que essas primeiras iniciativas de proteção da criança e do adolescente no país, foram pautadas numa ação coercitiva sem o intuito de prover as necessidades existentes, provenientes das profundas desigualdades sociais do período.

Durante a Era Vargas (1930-1945), a concepção de um Estado autoritário, acabou por consolidar para a infância e a adolescência do país, uma política de

³ O nome Código Mello Mattos, fazia referência ao primeiro juiz de menores da América Latina, José Cândido Albuquerque de Mello Matos.

caráter assistencialista e repressiva. Vale salientar que nesse período a moral religiosa toma vez. Referente a isso Faleiros (2011) aponta:

Na visão conciliadora de Vargas, a Igreja não deveria ficar de fora do projeto nacional. Como a República havia separado o Estado da Igreja, a Revolução de 30 tenta um novo pacto com a Igreja com a introdução do ensino religioso facultativo, articulando assim uma nova integração entre o público, o privado e o religioso. Em 1937 foram criados o Código Nacional de Educação e um plano nacional de educação. (FALEIROS, 2011, p.51).

Nos anos de 1930 foi criado o Ministério de Educação e Saúde Pública, que tratava de forma conjunta questões educacionais e de saúde no Brasil.

Em 1941 foram criadas as delegacias de menores, onde segundo Faleiros (2004), eram encaminhados às delegacias os meninos encontrados na rua, classificados como menores perigosos, suspeitos de vícios e crime. Neste mesmo ano, foi criado o SAM – Serviço de Assistência ao Menor, vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, por intermédio do Decreto Lei nº 3.799, de 5 de novembro de 194 e que visava uma ação repressiva, a autora afirma que: “A implantação do SAM tem mais a ver com a questão da ordem social do que da assistência propriamente dita” (FALEIROS, 2011, p.54). Dessa forma, o SAM agia na perspectiva de ajuste social, fiscalizando os menores para então proceder na internação daqueles que seriam uma ameaça social.

Nesse mesmo período, segundo Faleiros (2004), foi criado o DNCr – Departamento Nacional da Criança, neste predominava orientações higienistas, na luta contra as “criadeiras”, mulheres que, por falta de higiene e pela pobreza, eram consideradas causadoras de doenças. O DNCr visava uma população sadia, dessa forma, analisava o peso e estatura dos menores para que fosse assegurado a preservação da raça.

Acredita-se que a política da infância no governo Vargas, associada à repressão, assistencialismo, preservação da raça, se torna uma questão que trará fortes influências na trajetória das crianças e adolescentes pobres do Brasil.

Em 1953 o Ministério da Saúde é criado e desvinculado do da Educação, nesse período foram feitas muitas campanhas preventivas contra as endemias, contudo, a assistência à infância continuava sendo no padrão do Departamento Nacional da Criança. No entanto, ampliaram-se os convênios com instituições

privadas que atenderiam crianças e adolescentes, que recebiam um valor mensal por cada criança atendida, visando o lucro em cima disso. Segundo Bravo (2000):

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. (BRAVO, 2000, p.5-6).

Essa “privatização” da saúde representava total precarização dos serviços de saúde oferecidos, para, além disso, Faleiros (2004) relata que as instituições falsificavam a quantidade de pacientes atendidos para receber mais dinheiro do Estado. As repercussões para a saúde da criança nesse contexto foram tão desastrosas que o índice de mortalidade infantil nesse período ainda era elevado.

No campo da Educação, era discutida a Lei de Diretrizes e Bases da Educação - Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, onde era relatado que a Educação era direito de todos, contudo, muitas crianças e adolescentes rurais ainda não tinham acesso à educação e ainda os que a acessavam não permaneciam na escola por mais de 1 ano e meio. Esta mesma Lei passou a julgar os estudantes pobres objeto da assistência social, na medida em que estabeleceu ao Estado a obrigatoriedade em fornecer recursos à família quando houvesse a comprovação de insuficiência de meios (art. 3o). Segundo Faleiros (2005):

Esse dever do Estado era genérico e apenas declaratório. O art. 30 da referida lei punia o pai que não colocasse o filho na escola, privando-o de emprego público, mas este não recebia punição se fosse pobre ou se houvesse insuficiência de escolas. Contraditoriamente, a própria lei isentava as crianças pobres da obrigatoriedade da escola, “por comprovado estado de pobreza dos pais” ou por “insuficiência de escolas”. Essa contradição da lei servia para manter o *status quo* de exclusão da maioria da população no acesso à escola, ou seja, a maioria era uma exceção, vivia num estado de exceção. Na sociedade brasileira, a proposta republicana de escola para todos fracassou, em comparação com o desenvolvimento da República em outros países, como na França, onde implicou a escolarização em massa. (FALEIROS, 2005, p.173).

Nesse contexto, percebe-se que a política para a infância pobre, estava interligada ao processo do desenvolvimento do capitalismo no país, sustentando assim, a divisão social de classes e a desigualdade social em grande proporção. A mão de obra infantil nesse período ainda era disponível, trazendo impactos na saúde, educação e no modo de vida de crianças e adolescentes daquela época, na

medida em que, “Os proprietários rurais também se aproveitaram da mão de obra familiar – oriunda em parte da escravidão –, com exploração sistemática da mão-de-obra infanto-juvenil.” (FALEIROS, 2005).

Em escala mundial, em 20 de novembro de 1959, a Organização das Nações Unidas – ONU aprova a Declaração Universal dos Direitos da Criança, composto de 10 princípios que indicam a criança dotada de direitos. Contudo, no Brasil na luta por Direitos Humanos em 1960, segundo Baptista (2012):

A luta pelos direitos humanos ganhou força social e política no enfrentamento à ditadura militar, que teve seu início em 1964 e se aprofundou em 1969, com o Ato Institucional n. 5. O golpe militar de 1964 abriu, na história brasileira, um período com características marcadamente diferentes: rompeu, brusca e violentamente, as alianças de classe e os consensos ideológicos vigentes; cortou, de forma drástica, os fundamentos do processo de mobilização social ascendente; rompeu as alianças com os trabalhadores, tratando-os como inimigos, considerando que suas reivindicações atentavam contra o modelo econômico assumido. Nesse novo contexto histórico assistiu-se, de forma intensa, à violação dos direitos: os direitos políticos da população foram reprimidos sistematicamente e os direitos econômicos e sociais, expropriados. (BAPTISTA, 2012, p.183).

Ainda assim, a criança e o adolescente não possuíam perspectivas de serem considerados sujeitos de direitos no Brasil. Com o golpe de 1964, as relações de poder no Brasil foram modificadas em função da segurança nacional. Nesta perspectiva, o SAM é extinto e substituído pela FUNABEM - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor e, em nível Estadual, foram criadas as FEBEMs – Fundações do Bem-Estar do Menor transformados em centros de internamento.

Nesse sentido, em linhas gerais o SAM tinha como base a lógica do Código de Mello Matos, onde o menor “delinqüente e abandonado” necessitava de passar por um processo de ressocialização na sociedade, seguindo padrões de um sistema penitenciário adulto. Já o FUNABEM tinha o propósito de evitar o internamento de menores, contudo, o projeto de segurança nacional do Brasil foi inserido na FUNABEM e a instituição passou a responsabilizar a família por questões de abandono de crianças e adolescentes. Faleiros (2004) vai relatar que:

Ao contrário do que propunha, a política da FUNABEM não reduziu o processo de marginalização. Durante a ditadura, acentuou-se a exclusão social, ou seja, a “fabricação do menor” (expressão que criamos em 1986), pela exclusão da escola, pela necessidade do trabalho, pela situação de rua que, não raramente, desembocava no extermínio. (FALEIROS, 2004, p. 8).

O contexto propício do regime militar era de guerra intensa, esse mesmo clima atingia a própria FUNABEM. Assim, segundo a autora, “Sua missão era velar para que a massa crescente de “menores abandonados” não viesse a transformar-se em presa fácil do comunismo e das drogas” (RIZINNI, 2011, p.27).

A década 70, o debate sobre o “menor” já se identificava como um grave problema social, nesse contexto, cientistas sociais começam a se interessar pela temática visando contribuir para a intervenção daqueles que lidavam cotidianamente com a infância e a adolescência pobre no país. Segundo Alvim e Valladares (1988):

Tais estudos marcaram a entrada das ciências humanas numa problemática que a partir de 1970 passa a ser tratada com grande ênfase principalmente por assistentes sociais, psicólogos, antropólogos, pedagogos e sociólogos. (ALVIM; VALLADARES, 1988, p.12).

Ainda na década de 70, mais precisamente em 1979, um novo Código de Menores foi criado, nele a questão da pobreza era vista como incapacidade da família, na perspectiva de culpabilização do indivíduo por sua condição social. A pobreza era entendida como doença, o problema da criança delinquente era visto como uma patologia social que necessitava de médico, assim, o juiz era o médico. O juiz tinha muito poder e decidia o destino do menor, ou melhor, do “menor em situação irregular”, pois é essa a noção trazida pelo novo código. Referente a isso Faleiros (2005) revela:

Por situação irregular compreendia-se a privação das condições de subsistência, de saúde e de instrução, por omissão dos pais ou responsáveis, além da situação de maus-tratos e castigos, de perigo moral, de falta de assistência legal, de desvio de conduta por desadaptação familiar ou comunitária, e de autoria de infração penal. A pobreza era, assim, situação irregular, ou seja, uma exceção. (FALEIROS, 2005, p. 172).

A partir da década de 80 a concepção de “situação irregular” começou a ser questionada. O Brasil nesse contexto atravessa um processo de transição da ditadura para a democracia, onde, os movimentos sociais se unem na defesa por uma doutrina de proteção integral a crianças e adolescentes. Esta pauta foi em 1986, levada para a Assembléia Constituinte, na tentativa de conceber a idéia de que a criança e o adolescente são sujeitos de direitos.

Essa concepção é reforçada pela Constituição de 1988, que traz uma série de direitos da criança e do adolescente, como também uma perspectiva de tríplice

responsabilidade visando assegurar esses direitos. Destaca-se para tanto, o Art. 227, CF/88:

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. (BRASIL, 1988).

Nesta perspectiva, a noção de “irregularidade” adotada na década de 70 é dissolvida não apenas pelo fato de que, que a criança e o adolescente se tornam sujeitos de direitos, mas também pelo progresso que o campo da saúde atinge nesse período. Na década de 80, sobretudo com a promulgação da Constituição de 88, Bravo (2008) revela:

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representaram, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes. (BRAVO, 2009, p.96-97).

Sendo assim, com relação à saúde, a Assembleia Constituinte transformou-se num campo de disputa política, trazendo resultados às reivindicações do movimento sanitário. A criança e o adolescente acabam por desfrutar dessas conquistas e o direito à vida e a saúde são reforçados em 1990 quando a Lei N.º 8.069 dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, onde no Art. 7.º “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.

Vale salientar que em 2014 foi sancionada a Lei de N° 13.010 de 26 de junho que altera o ECA e a lei que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional (no 9.394, de 20 de dezembro de 1996), estabelecendo assim, o direito da criança e do adolescente de serem cuidados e educados sem o uso de castigos físicos. A Lei foi formulada a partir da morte de um menino chamado Bernardo Boldrini de 11 anos de idade, que sofria violência intrafamiliar e acabou sendo morto em abril de 2014 na cidade de Três Passos no Rio Grande do Sul. Dessa forma, a presente Lei

conhecida como a Lei do Menino Bernardo visa trazer um novo olhar para o processo educativo e de cuidados das crianças e adolescentes sem o uso de castigos físicos.

Assim, a Lei do Menino Bernardo se confronta com uma cultura brasileira onde os pais e/ou responsáveis das crianças e adolescente utilizam historicamente castigos físicos no processo educativo. Constitui-se de um importante avanço na legislação brasileira no trato de crianças e adolescente e amplia rede de proteção a esses sujeitos.

Para condensar toda essa trajetória, os marcos históricos da proteção social das crianças e adolescentes no Brasil foram sintetizados no quadro a seguir:

Quadro 1 – Marcos Históricos da Proteção Social das Crianças e Adolescentes no Brasil

ANO	FATO HISTÓRICO
1543	Fundada a primeira Santa Casa de Misericórdia no Brasil
1738	Utilização da Roda dos Expostos no primeiro asilo para crianças criado no Rio de Janeiro
1830	Código Civil Penal
1871	Lei do Ventre Livre – libertação de crianças escravas
1890	Código Civil Penal
1923	É criado o primeiro Juizado de Menores do Brasil
1927	Institucionalização do 1º Código de Menores
1934	A constituição proíbe o trabalho de menores de 14 anos
1940	Novo Código Penal
1941	Nasce o Serviço de Assistência ao menor - SAM
1964	O SAM é substituído pela Fundação Nacional do Bem-Estar do menor – FUNABEM
1974	Novo Código de Menores
1990	É promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente
2014	É sancionada a Lei do Menino Bernardo

Fonte: Dados organizados pela autora

A partir desse momento histórico criaram-se no Brasil instituições de proteção à criança e ao adolescente, como o Conselho Tutelar e as Varas da infância e do

adolescente, visando proteger os sujeitos de direitos que estão em condição de desenvolvimento.

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA surge na década de 90 afirmando que a criança e o adolescente são sujeitos dotados de direitos. Considera-se assim, que criança é a pessoa de 0 a 11 anos de idade e adolescente de 12 a 18 anos de idade. Por conseguinte, o ECA atua na perspectiva de Proteção Integral e rompe com o Código de Menores quando este, tratava o menor da mesma forma que os maiores, sujeitando-os a medidas judiciais. Referente a isso Faleiros (2011) revela:

O Estatuto da Criança e do Adolescente, de julho de 1990, revoga o Código de Menores de 1979 e a lei de criação da FUNABEM, trazendo detalhadamente os direitos da criança e do adolescente já em forma de diretrizes gerais para uma política nessa área. Adota expressamente em seu artigo 1º a *Doutrina da Proteção Integral* que reconhece a criança e o adolescente como cidadãos; garante a efetivação dos direitos da criança e do adolescente; estabelece articulação do Estado com a sociedade na operacionalização da política para a infância com a criação dos Conselhos de Direitos, dos Conselhos Tutelares e dos Fundos geridos por esses conselhos; descentraliza a política através da criação desses conselhos em níveis estadual e municipal, estabelecendo que em cada município haverá no mínimo, um conselho tutelar, composto por cinco membros, escolhidos pela comunidade local, de acordo com a lei municipal; garante à criança a mais absoluta prioridade no acesso às políticas sociais; estabelece medidas de prevenção, uma política especial de atendimento, um acesso digno à Justiça com a obrigatoriedade do contraditório. O ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) é consoante à Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembléia Geral da ONU em 20/11/1989. (FALEIROS, 2011, p.81).

Sendo assim, o ECA constitui um avanço importante na legislação voltada à criança e ao adolescente, nas áreas jurídicas, sociais e políticas. Ainda em 1995, com a proposta de formular políticas públicas e dar caminhos que possibilitem o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), foi promovida a 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Criança, ampliando a discussão acerca dos direitos da criança e do adolescente. A Conferência foi promovida pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, que se trata de um órgão colegiado permanente de caráter deliberativo e composição paritária, previsto no Art. 88 do ECA, que propõe em seu inciso II:

Criação de conselhos municipais, estaduais e nacional dos direitos da criança e do adolescente, órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, assegurada a participação popular paritária por meio de

organizações representativas, segundo leis federal, estaduais e municipais; (ECA, 1990, Art.88).

Nesse sentido, os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente se constituem de espaços de participação social, onde as políticas públicas sociais são formuladas, implementadas e controladas nos níveis, federal, estadual e municipal.

A história da proteção social das crianças e dos adolescentes no Brasil, trás consigo uma série de violações de direitos por parte das instâncias, religiosa, jurídica e policial, na medida em que tratavam o “menor” abandonado como delinquente e uma ameaça a ordem social. Nesse sentido, é importante salientar que esse processo é indissociável das desigualdades sociais peculiar do sistema capitalista, ficando evidente em toda trajetória da história que, crianças e adolescentes com vulnerabilidade sócio econômica sofreram ainda mais nesse processo.

É perceptível um avanço na proteção social, contudo, os desafios colocados pelo próprio sistema se tornam cada vez mais complexos. Dessa forma, as contradições existentes na sociedade brasileira têm como um dos principais desafios na defesa dos direitos da criança e do adolescente, a concretização do Art. 227 da Constituição Federal que diz:

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. (BRASIL, 1988, p.95).

As legislações vigentes vêm encontrando dificuldades no enfrentamento das mais diversas formas de violação de direitos da criança e do adolescente, sendo que, a violência, aparece como a principal forma e se torna um grande desafio a ser enfrentado por toda a sociedade. Nesse sentido, o Estatuto da Criança e do adolescente deixa claro que a violência deve ser combatida por qualquer pessoa, de toda forma e em todos os meios.

2.2 O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE

A violência em seus mais diversos tipos é um fenômeno complexo e sócio histórico que traz impactos no modo de vida dos indivíduos e da sociedade em geral, por acompanhar o percurso da humanidade desde os primórdios. A violência intrafamiliar é determinada pela violência estrutural, que está relacionada ao acesso desigual das condições básicas de vida, o que gera mais violência, como reação e reforço desta condição. (ZOTTIS, ALGERI E PORTELLA, 2006, p. 148).

Dessa forma, entende-se que este fenômeno não é uma marca da sociedade contemporânea, ela acompanha a própria história do homem, mas, a cada contexto, se revela de formas diferentes. Nesse sentido, existe um esforço do ser humano compreender a gênese da violência, sua complexidade e desenvolvimento, a fim de diminuir seus índices e conseqüências na sociedade.

Na história primitiva já se encontram relatos de violência colocados na Bíblia Sagrada, especificamente na relação entre os irmãos Caim e Abel, “E falou Caim com o seu irmão Abel; e sucedeu que, estando eles no campo, se levantou Caim contra o seu irmão Abel, e o matou”. (Gênesis 4:8). Sendo assim, é nesse contexto que, no livro intitulado como: A violência e o sagrado (1990), do antropólogo René Gerard, que ele afirma que a violência está presente na base da sociedade e da cultura. Para tanto, utilizaremos o conceito utilizado por Chauí (1998), que revela a etimologia da violência, que do latim *vis*–força, e significa:

- 1) tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser (é desnaturar);
- 2) todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar);
- 3) todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade (é violar);
- 4) todo ato de transgressão contra aquelas coisas e ações que alguém ou uma sociedade define como justas e como um direito;
- 5) conseqüentemente, violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror. A violência se opõe à ética porque trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos, inertes ou passivos. Na medida em que a ética é inseparável da figura do sujeito racional, voluntário, livre e responsável, tratá-lo como se fosse desprovido de razão, vontade, liberdade e responsabilidade é tratá-lo não como humano e sim como coisa, fazendo-lhe violência nos cinco sentidos em que demos a esta palavra. (CHAUÍ, 1998, p. 1).

Nesse sentido a autora retrata da violência, como algo que se contradiz da ética, na medida em que trata os seres humanos como coisa, ideia reforçada por Adorno (1988).

(...) “a violência é uma forma de relação social, e está inexoravelmente atada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência. Sob esta ótica, a violência expressa padrões de sociabilidade, modos de vida, modelos atualizados de comportamentos vigentes em uma sociedade, em um momento determinado de seu processo histórico. A compreensão de sua fenomenologia não pode prescindir da referência aos sujeitos que a fomentam enquanto experiência social”.

Ao mesmo tempo em que ela expressa relações entre classes sociais, expressa também relações interpessoais (...) está presente nas relações intersubjetivas que verificam entre homens e mulheres, entre adultos e crianças, entre profissionais de categorias distintas. Seu resultado mais visível é a conversão de sujeitos em objeto, sua coisificação.

A violência é simultaneamente a negação de valores considerados universais: a liberdade, a igualdade, a vida. Se entendermos como o fez a filosofia política clássica que a liberdade é fundamentalmente capacidade, vontade, determinação e direito natural do homem, a violência enquanto manifestação de sujeição e de coisificação só pode atentar contra a possibilidade de construção de uma sociedade de homens livres (...) a violência não é necessariamente condenação à morte, ou, ao menos, esta não preenche seu exclusivo significado. Ela tem por referência a vida, porém a vida reduzida, esquadrinhada, alienada; não a vida em toda a sua plenitude, em sua manifestação prenhe de liberdade. A violência é uma permanente ameaça à vida pela constante alusão à morte, ao fim, à supressão, à anulação. (ADORDO *apud* GUERRA,2005, p. 31).

As diversas formas de se entender a violência se unem a um denominador comum de que esta é um fenômeno que gera aspectos negativos na vida de todos os envolvidos, idéia reforçada por Minayo, ao afirmar que a violência gera um impacto na qualidade de vida das vítimas, pelas lesões físicas, psíquicas e morais. (Minayo, 2004, p. 246). Ainda, pode-se dizer que no caso da criança e do adolescente (ser em desenvolvimento), esses aspectos se traduzem nas mais diversas formas desde os tempos primórdios.

Nesta perspectiva, quanto mais regredimos na história encontramos a completa falta de proteção social e jurídica à criança e ao adolescente, o que resultou em atos de extrema violência em suas mais diversas formas. Para Day e colaboradores (2003):

Exemplos são colhidos ao longo da história, assinalando-se que, no Oriente Antigo, o Código de Hamurábi (1728/1686 a.C.), em seu art. 192, previa o corte da língua do filho que ousasse dizer aos pais adotivos que eles não eram seus pais, assim como a extração dos olhos do filho adotivo que aspirasse voltar à casa dos pais biológicos, afastando-se dos pais adotantes (art. 193). Punição severa era aplicada ao filho que batesse no pai. Segundo o Código de Hamurábi, a mão do filho, considerada o órgão agressor, era decepada (art. 195). Em contrapartida, se um homem livre tivesse relações sexuais com sua filha, a pena aplicada ao pai limitava-se à sua expulsão da cidade (art. 154). Em Roma, a Lei das XII Tábuas, entre os anos 303 e 304, permitia ao pai matar o filho que nascesse disforme, mediante o julgamento de cinco vizinhos (Tábua Quarta). (DAY, TELLES;

ZORATTO; AZAMBUJA; MACHADO; SILVEIRA; DEBIAGGI; REIS; BLANK, 2003, p.11).

Os autores revelam que nessa época, que antecede o século XVIII, emerge na sociedade a manipulação dos castigos físicos, onde se utilizavam ferros e paus nos espancamentos às crianças. Acreditavam que os pais deveriam moldar seus filhos de acordo com os seus desejos, de modo que as crianças não fossem mal influenciadas. Segundo o historiador Gélis (1991), o filósofo John Locke fez uma alerta aos pais da época, através de sua obra da educação da criança, sobre a relevância da prevenção “como o meio mais eficaz de preservar a saúde dos filhos” assim como também propôs que dessem “atenção rigorosa ao desenvolvimento intelectual e à capacidade de autocontrole da criança”. (GÉLIS, 1991).

Em 1780, na Inglaterra, a lei para crianças que cometiam crimes era severa, segundo o autor crítico social: “as crianças podiam ser condenadas por qualquer um dos mais de duzentos crimes cuja pena era o enforcamento” (POSTMAN, 1999, p.67). Ainda segundo Postman, entre 1730 e 1779, grande parte das pessoas que morreram em Londres eram crianças com menos de cinco anos de idade.

Apenas no século de XIX é que o filho se torna objeto de afeto e investimento econômico e educativo. Para os historiadores Ariès e Duby (1990) é nesse contexto que a criança assume dentro da família um lugar de posição central, ou seja, a família nesse aspecto se torna, “lugar de afetividade, onde se estabelecem relações de sentimento entre o casal e os filhos, lugar de atenção (bom ou mau)”. As crianças provenientes de famílias pobres passaram a ser de importância para os filantropos, médicos e estadistas.

No Brasil, a chegada das primeiras crianças, foi demarcada por um contexto de total desproteção. O que predominou inicialmente foram ações de caridade de cunho religioso que se estendeu por todo o período colonial entre os anos de 1500 até meados dos anos de 1800. As crianças índias eram cuidadas pelos padres jesuítas, segundo Faleiros (2004):

Os padres fundaram casas de acolhimento ou casas para meninos e meninas índias; ao separá-los de sua comunidade buscavam incorporar neles os costumes e normas do cristianismo como o casamento religioso e outros dogmas, com o intuito de introduzi-los na visão cristã do mundo e de utilizar sua mão de obra. Separavam-nas de sua cultura. (FALEIROS, 2004, p.2).

Associado ao início do período das grandes navegações e da colonização do Brasil, a situação de violência contra a criança e o adolescente também se iniciavam, na medida em que as crianças pobres, negras e filhos escravos eram os mais vitimizados.

Em 1530, nas embarcações Lusitanas do século. XVI, já aconteciam situações de violência contra crianças e adolescentes em plena expansão marítima dos territórios. Day e colaboradores (2003) revelam que as crianças “Na condição de órfãs do Rei, como grumetes ou pajens, eram enviadas com a incumbência de casarem com os súditos da Coroa. ” (DAY, TELLES; ZORATTO; AZAMBUJA; MACHADO; SILVEIRA; DEBIAGGI; REIS; BLANK, 2003, p.11). Nesse sentido, fica claro que as crianças e adolescentes dessa época sofriam abuso sexual, segundo Ramos:

Quando os grumetes eram estuprados por marinheiros, quer por medo ou vergonha, dificilmente queixavam-se aos oficiais, até porque muitas vezes eram os próprios oficiais que haviam praticado. Assim, relatos deste tipo são praticamente inexistentes. No entanto, por ser prática corrente na Idade Média, tudo leva a crer que a violência sexual era comum nos navios. (RAMOS, 2007, p.27).

Ainda segundo Ramos (2007) a expectativa de vida nos séculos XVI a XVIII era de 14 anos de idade aliados aos naufrágios ocorridos na época. Vale salientar, que nesse período, o que hoje caracterizamos como trabalho infantil, já era vivenciado pelas crianças da época que trabalhavam na Coroa Portuguesa nas embarcações, sendo que, isso era visto pelos pais como forma de aumentar a renda familiar.

Os primeiros anos de colonização do Brasil, exclusivamente entre 1501 a 1700, foram marcados por todas essas manifestações de violência já citadas, contudo, aliado a isso, crianças sofriam situações de abandono, o que resultava num grande problema por parte dos governantes, despertando ações de amparo por parte de instituições religiosas às crianças órfãs. Dessa forma, até o começo do século XX, a criança era tratada como um objeto de total domínio da igreja. Segundo Priore (1999), a prática do castigo físico aplicada em crianças e adolescentes foi iniciada pelos padres jesuítas no século XVI, onde:

O castigo físico não era nenhuma novidade no cotidiano colonial. Introduzido, no século XVI, pelos padres jesuítas, para horror dos indígenas que desconheciam o ato de bater em crianças, a correção era vista como uma forma de amor. O ‘muito mimo’ devia ser repudiado. Fazia mal aos

filhos. A muita fartura e abastança de riquezas e boa vida que tem com ele é causa de se perder', admoestava em sermão José de Anchieta. O amor de pai devia inspirar-se naquele divino no qual Deus ensinava que amar é castigar e dar trabalhos nesta vida'. Vícios e pecados, mesmo cometidos por pequeninos, deviam ser combatidos com açoites e castigos. A partir da segunda metade do século XVIII, com o estabelecimento das chamadas Aulas Régias, a palmatória era o instrumento de correção por excelência: nem a falta de correção os deixe esquecer do respeito que devem conservar a quem os ensina, cita um documento de época. Mas, ressalvava, endereçando-se aos professores: e tão somente usem dos golpes das disciplinas ou palmatórias quando virem que a repreensível preguiça é a culpada dos seus erros e não a rudez das crianças, a cúmplice de sua ignorância. As violências físicas, muitas vezes dirigidas às mães, atingiam os filhos (...). Um processo crime datado de 1756, movido na vila de São Sebastião, São Paulo, por Catarina Gonçalves de Oliveira, revela imagens de outras violências: a de pais contra filhos. Nos autos, Catarina revela ter defendido seu enteado, uma criança pequena, de chicotadas desferidas pelo pai, ansioso por corrigir o hábito do pequeno de comer terra. "As disciplinas, os bolos e beliscões revezavam-se com as risadas e mimos, mas também com divertimentos e festas." (PRIORE, 1999, p.96-98)

O sistema de atenção às crianças no Brasil Império, era implementado pelas Santas Casas de Misericórdia, dessa forma em 1738 é criado no Rio de Janeiro o primeiro asilo para crianças. Segundo Santos et al (2009), o asilo era destinado aos filhos dos senhores patriarcais que eram indesejados, vale salientar, que essa instituição utilizada como instrumento a Roda dos Expostos, espaço de manifestação da violência contra a criança e o adolescente, além de ser utilizado como um mecanismo afim de esconder o infanticídio (assassinato de um recém-nascido pelos próprios pais).

No processo de passagem do Brasil império para a República (1801 a 1900) A Roda dos Expostos e as Santas Casas de Misericórdia se expandiram pelo país. A violência contra a criança e o adolescente toma grande proporção, na medida em que o Estado através de suas medidas e leis focaliza que o "menor" abandonado era conseqüentemente um delinquente. Esse período, segundo o autor:

[...] é um período conturbado, conjunturalmente marcado pelo crescimento acelerado das metrópoles, a abolição da escravatura, a criação da força de trabalho livre que irá abastecer o mercado industrial emergente, e decorrente disso, a crescente pauperização de amplas parcelas da população. A "delinquência Juvenil", a vagabundagem, a violência, já eram assuntos estampados nos jornais da virada do século, pejorativamente articulados com a pobreza. (PEREIRA, 1992, p.17).

Nesta perspectiva, o Estado definia quem era vagabundo ou não de acordo com, a sua condição social, logo, crianças que viviam a margem da sociedade tinham no Código Criminal de 1830, o poder de regulamentar suas ações. Contudo,

o Estado amplia poder de regulamentador e cria mecanismos de proteção à criança e ao adolescente que se encontrava em situação de extrema pobreza. Dessa forma o infanticídio passou a ser considerado crime, assim como o estupro também.

Contudo, as ações do Estado nesse contexto, passavam longe de atender as reais necessidades causadas pelas desigualdades sociais presente nesse contexto. A violência contra a criança e o adolescente segue nesse contexto sem um devido enfrentamento, segundo Muza (1994).

A compreensão do abuso e negligência contra a criança, como um fenômeno capaz de comprometer seu potencial desenvolvimento, data da segunda metade do século XIX. Porém a aceitação do maltrato à infância como objeto de investigação surge com a descrição da Síndrome da Criança Espancada, publicado em 1962 por Kempe e colaboradores, exatamente duas décadas após o mundo tomar conhecimento que crianças eram submetidas, deliberadamente, a uma privação alimentar aguda como fonte de informação a uma suposta ciência sábia. (MUZA, 1994, p.57).

Dessa forma, o que se percebe é que o Estado providencia um montante de leis e ações de cunho assistencialistas e repressivas (Código de Menores de 1979).

Contudo, ocorreram mudanças importantes nas diversas formas de enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente ao longo dos anos, principalmente após a Constituição Federal de 1988 e conseqüentemente do Estatuto da criança e do adolescente – ECA, de 1990.

O entendimento sobre a violência contra a criança e ao adolescente não pode dissociado da idéia que se teve da infância ao longo do tempo e que ainda de forma minuciosa, trás reflexos nos dias atuais. Segundo Azevedo (1994).

(...) o disciplinamento corporal de crianças e adolescentes está longe de ser uma prática do passado. Muito pelo contrário: Como triste herança do passado está viva no presente quer sob a forma de castigos imoderados, quer sob a forma de castigos moderados. No primeiro caso já conseguimos a sua condenação a nível jurídico (Código Penal, 1940; Estatuto da criança e do Adolescente – 1990). Por outro lado a interdição jurídica está longe de equivaler no Brasil a sua abolição real. (AZEVEDO, 1994, p.15).

Nesse sentido, apesar dos grandes avanços no sistema de proteção da criança e do adolescente, a violência ainda persiste na realidade brasileira. Vale salientar que a violência nesse contexto, se manifesta no modo de vida dessas crianças e adolescentes, dessa forma, este fenômeno é, sobretudo uma manifestação da questão social, idéia enfatizada por Minayo e Souza (1999), segundo os autores:

A violência é, antes de tudo, uma questão social e, portanto, em si, não é objeto próprio do setor saúde. Ela se torna um tema desse campo: (1) pelo impacto que provoca na qualidade de vida; pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares; também, (2) pela concepção ampliada de saúde, a violência é objeto da intersetorialidade, na qual o campo médico-social se integra. (MINAYO; SOUZA, 1999, p. 9).

Nesse sentido, a violência está entrelaçada nas desigualdades sociais existentes na sociedade, não cabe aqui afirmar que este fenômeno atinja apenas crianças e adolescentes pobres, mas de afirmar que as condições de vida, ocasionados pela falta e/ou precariedade dos acessos a saúde, educação, saneamento, lazer, cultura são fatores preponderantes da manifestação mais assídua da violência. Guerra (2005) nos afirma que “As profundas desigualdades sociais que vivemos têm um reflexo direto na condição de vida da nossa infância e adolescência”.

Essas colocações estão associadas ao modo de vida das famílias dessas crianças e adolescente. Nesse sentido, os dados trazem algo impressionante: a maioria dos casos de violência contra a criança e o adolescente, foi cometida por pessoas que compõem o núcleo familiar das vítimas, ou seja, a violência intrafamiliar, que para Sanchez e Minayo (2006):

A violência intrafamiliar é aquela que ocorre no lar. As pesquisas sobre o tema têm mostrado que, geralmente, a violência é uma forma de comunicação e de relação interpessoal. Quando numa casa se observam maus-tratos e abusos contra algum de seus moradores, é quase certo de que todos acabam sofrendo agressões, embora com diferenciações hierárquicas. Estudos têm mostrado que as crianças são as maiores vítimas, pois a raiva, os ressentimentos, as impaciências e as emoções negativas dos outros membros as atingem como se elas fossem uma válvula de escape. (SANCHEZ; MINAYO, 2006, p.33).

Sendo assim, o local onde a criança e o adolescente poderiam sentir-se mais confortável e seguro se torna um lugar de conflitos. Segundo as autoras:

A violência intrafamiliar é um fenômeno de alta complexidade, o que significa que não se lhe pode atribuir uma causa única. É preciso considerar que os adultos no contexto familiar são pessoas significativas do ponto de vista afetivo para as crianças e os adolescentes e que, ao agirem de forma violenta, provocam nas crianças e nos adolescentes graves seqüelas emocionais. (MOREIRA; SOUZA, 2012, p.13).

Nesse sentido cabe aqui falar sobre as mudanças ocorridas na família ao longo dos tempos. Para Ferrari (2002):

Pode-se definir família como a constituição de vários indivíduos que compartilham circunstâncias históricas, culturais, sociais, econômicas e efetivas. Família é uma unidade social emissora e receptora de influências culturais e de acontecimentos históricos. Possui comunicação própria e determinada dinâmica. [...] Família é uma unidade básica de desenvolvimento de experiências, de realização ou de fracasso, de saúde ou de doença. (FERRARI, 2002, p. 28).

Alguns autores das ciências humanas arriscam afirmar que no momento atual a família está passando por uma crise, para tanto, esta crise é estrutural e nos cabe entendê-la desde os primórdios da sociedade burguesa, onde a família:

[...] não é entendida como uma relação social que assume formas, funções e sentidos diferentes tanto em decorrência das condições históricas quanto da situação de cada classe social na sociedade. Pelo contrário, tendemos a representar a família como sendo sempre a mesma e, portanto, como uma realidade natural (biológica), sagrada (desejada e abençoada por Deus), eterna (sempre existiu e sempre existirá), moral (a vida boa, pura, normal, respeitada) e pedagógica (nela se aprendem as regras da verdadeira convivência entre os homens, como o amor dos pais pelos filhos, o respeito e temor dos filhos pelos pais, o amor fraterno). (CHAUI, 1980, p.81).

Nesse contexto, cabia a família ensinar as crianças esse entendimento, sempre na perspectiva burguesa de autoridade, dessa forma, a criança não deveria ser guiada por seus próprios instintos e desejos, cabendo ao adulto a responsabilidade de ditar as normas, estabelecendo assim, uma relação de autoridade. Esta relação de obediência estava vinculada a idéia de herança que se passava de pai para filho.

Com o passar do tempo, a família vai se modificando. Se antes, a relação de herança existia, a família passa a não mais garantir herança para os seus herdeiros. Segundo autores:

[...] a capacidade técnica e a eficiência diante de qualquer situação começam a ser decisivas para a sorte de cidadão; a propriedade burguesa perdeu todo o seu conteúdo ou foi destruída num número cada vez maior de famílias, o conceito de herança foi esvaziado de todo o sentido (ADORNO; HORKHEIMER, *apud* GUERRA, 2005, p.90).

Nesse sentido, a função regulamentar da família passa a ser propriedade do Estado, através do sistema escolar e meios de comunicação. Percebe-se, a mudança do papel do pai, que está cada vez mais ausente no lar devido ao trabalho e a mãe que ao ser inserida no mundo do trabalho fica dividida entre as atividades laborais e domésticas, segundo Adorno e Horkheimer (1982):

A crise da família adquire também um aspecto de prestação de contas não só pela opressão brutal que sofreu a mulher, mais débil e depois os filhos, por parte do chefe de família, até o limiar dos novos tempos, mas também pela injustiça econômica que se praticava, pela exploração do trabalho doméstico numa sociedade em que tudo obedecia às leis de uma economia de mercado. No banco dos réus estão também as renúncias aos instintos que a disciplina familiar impunha aos seus membros, sem que estes pudessem ter sempre consciência dos seus motivos justificativos, levando-os a acreditar verdadeiramente numa futura compreensão, por exemplo, na forma de bens hereditários, como sucedida com os mais favorecidos no auge da época liberal. (ADORNO; HORKHEIMER, *apud* GUERRA, 2005, p.91).

Nesse sentido, analisar a família de hoje, requer a uma análise da própria sociedade, seu desenvolvimento e valores espalhados no campo das relações sociais entre os indivíduos. Uma sociedade capitalista, consolidada pelo mercado de trabalho, cada vez mais exigente e competitivo e seletivo, revela na história um momento de “cada um por si”, em que um não se responsabiliza pela estabilidade e segurança do outro.

Dessa forma, a família contemporânea não consegue garantir ao indivíduo, o conforto e a proteção necessária do mundo externo. Nesse sentido, a própria visão da família com relação à infância também sofreu alterações. Para Guerra (2005):

Do ponto de vista econômico, às vezes ela é descartada dos circuitos de produção, sendo vista como um ser não produtivo, que deve ser alimentado, vestido, etc. Outras vezes, a criança se vê na obrigação, desde tenra idade, de exercer atividade remunerada para garantir o seu sustento e o de sua família, passando a sua mão-de-obra a ser vítima cruel de exploração em muitos casos. As famílias de acordo com a classe social vêem o aspecto econômico da criança de forma diferente. Para a classe burguesa, a criança adquire um sentido de investimento a médio e longo prazo. Educá-la tendo em vista sua atividade futura significa um investimento para o capital familiar. Para a classe operária, a criança representa mais uma boca a alimentar hoje e a incerteza dos benefícios que trará amanhã, que poderão significar ganhos ou perdas para a família. (GUERRA, 2005, p.93).

Quer seja na família burguesa ou na operária, a criança em nossa sociedade é sempre dependente do adulto, exigindo destes, demandas vitais, inconscientes, conscientes, sociais e afetivas. Dessa forma, o adulto responde a essas demandas em função de sua personalidade, possibilidades, problemas e outras. Nesse sentido, a autoridade exercida sobre a criança é social e estabelece uma relação entre criança X adulto, em suas mais diversas formas e sociedades.

Na verdade, de um lado, podemos observar que a família atravessa uma intensa crise que a desqualifica como elemento protetor da criança e, de outro, percebe-se que existe todo um movimento de preocupação com a criança, imputando a família uma série de responsabilidades sobre ela. Defendem-se os direitos da criança, mas a própria sociedade os solapa, uma vez que o reconhecimento desses direitos implicaria modificações no seio da família, da sociedade, tendo em vista que a criança-família-sociedade se constituem numa trindade intimamente ligada. (GUERRA, 2005, p.95).

Dessa forma, a criança e o adolescente não devem ser entendidos com um ser isolado, mas que pertence a um núcleo familiar, que sofre determinações socioeconômicas provenientes de uma sociedade capitalista, imposta pelos modos de produção desse sistema. Assim, as leis vigentes que constituem a base de direitos da criança e do adolescente no país, aludem que é dever da família assegurar tais direitos, criando uma parceria contraditória com o Estado, contudo, ao mesmo tempo, as condições de vida dessa família nem sempre são favoráveis para subsidiar tais garantias. Segundo Miotto (2004):

Essa contradição pode ser observada através das legislações de muitos países, inclusive do Brasil, que tem na sua Constituição a família como base da sociedade e com especial proteção do Estado. Mas o que se verifica de fato é uma pauperização e uma queda crescente da qualidade de vida das famílias brasileiras, constatadas através de diferentes órgãos de pesquisa. (MIOTTO, 2004, p.46).

Perceber-se que a família nesse sentido, vive numa constante tensão de exigências e responsabilidades, esse âmbito deixa de ser visto como lugar de conforto e felicidade, pois passa a ser um lugar de conflitos, tensões e abusos. É nesse espaço que a violência se manifesta, onde os dados apontam que é na família que se escondem os agressores de crianças e adolescentes.

A violência sexual é uma das formas de abuso frequentes no ambiente familiar. Os estudos mostram que as principais vítimas são meninas e os agressores são o pai, o padrasto ou ainda pessoas conhecidas do relacionamento familiar com a vítima. (MINAYO; SANCHEZ, 2006, p. 34).

Pressupõe-se que no Brasil, os dados sobre a violência não demonstram a real situação do país. O poder público toma ciência dos casos de violência por meio de canais de comunicação da sociedade civil com o poder público, sendo o disque 100 o principal canal de denúncia do país. De acordo com o Disque 100, um serviço da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PH), no ano de 2011 foram registradas 82.139 denúncias de violações de direitos da criança e do

adolescente, onde no ano seguinte houve um aumento de 58,16% totalizando em 130.490 de denúncias em 2012. Em 2013 ocorreu uma queda de 4,91% nos números, logo, nesse ano foram registradas 124.079 denúncias. Em 2014 os números continuaram a cair com diminuição de 26,38% resultando em 91.342 denúncias e em 2015, 80.437. Os dados do ano de 2016 são referentes ao primeiro semestre, onde foram registradas 42.115 denúncias. (CAOCA, 2017).

Nesse sentido, fica evidente uma queda na quantidade de denúncias realizadas no disque 100, porém, os números ainda são alarmantes, levando ainda em consideração que esses dados não correspondem ao número exato de casos existentes, pois, por inúmeros fatores, existem situações de violência que não são denunciadas, contudo, tem-se uma noção quantitativa da problemática.

A principal forma de violação de direitos humanos contra criança e adolescente é a violência, isso toma materialidade nos dados informados pelo disque 100, onde se revela que 76,35% das maiores violações contra crianças e adolescentes são negligência, seguido de violência psicológica com 47,76%, violência física 42,66% e violência sexual 21,90% (BALANÇO, 2015). Nesta perspectiva, apesar dos avanços nas diversas formas de enfrentamento da violência, este fenômeno ainda persiste em nossa sociedade, sobretudo na vida dos mais vulneráveis, como a criança e o adolescente.

Nesta perspectiva, a violência se constitui como um fenômeno sócio histórico, que durante anos vinha sendo tratado como problema exclusivo da segurança pública. Somente a partir da década de 90 é que o setor da saúde direciona um olhar mais apurado para a violência, onde em 1993, a Organização Pan-Americana da Saúde recomenda aos países membros a inclusão da temática da violência na sua agenda de intervenção. Em 1996, com a resolução WHA49.25⁴, a violência passa a ser entendida como um dos principais problemas de saúde pública no mundo.

Dessa forma, os dados relatados anteriormente, chegam como demanda no campo da saúde, onde essas violências se manifestam de diversas formas, gerando uma ameaça à efetivação dos direitos das crianças e adolescentes. O Ministério da

⁴ Elaborada na Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde, vide Relatório mundial sobre violência e saúde.

Saúde admite o conceito de violência utilizado pela Organização Mundial da Saúde, segundo o qual:

Violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p.5).

Nesta perspectiva, a violência traz impactos na saúde dos vitimizados, neste caso, da criança e do adolescente. No Brasil, a taxa de mortalidade por lesão intencional, entre os anos de 1990 e 2000, foi de 27,7 por mil habitantes (OMS, 2002). Os fatores geradores de violência resultaram em 124.935 óbitos em 2006, representando 13,7% do total de óbitos por causas definidas. Entre a população geral, a violência se apresenta como a terceira maior causa de mortalidade, já nos casos de criança e adolescente, a violência é a primeira causa de morte a partir de 1 ano de idade. (BRASIL, 2008).

De acordo com o mapa da violência (2015), fornecido pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, do Ministério da Saúde, 76.213 casos de violência contra a criança e o adolescente foram registrados nos atendimentos do Sistema Único de Saúde - SUS em 2014. Ainda sobre esses dados, o SINAN revela que 41.256 casos de violência contra a criança e o adolescente ocorreram dentro da residência da vítima, o que equivale a aproximadamente 54,13% e destes, os principais agressores é o pai e mãe.

Sendo assim, os maiores casos de violência contra a criança e o adolescente se concretizam no seio familiar e se expressa na área da saúde. Para Minayo (2006), por se tratar de um fenômeno sócio histórico, a violência não se constitui como um problema clínico específico, não se tratando em si de uma questão de saúde pública, contudo, ela traz impactos na saúde dos indivíduos, pois:

“Provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem número de agravos mentais, emocionais e espirituais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo; e evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos” (MINAYO, 2006).

Nesta perspectiva, a violência traz consequências do ponto de vista clínico, agravos na pele, fratura nos ossos no sistema nervoso, no tórax e no abdome. Muitas crianças sofrem queimaduras, tem seus dentes, cabelos e unhas arrancados, sofre mordidas, lesões oculares que levam à invalidez temporária, permanente ou ainda à morte. De acordo com Guerra de Azevedo (2001), estudiosos do assunto consideram estes os quatro principais tipos de violência contra criança e adolescente:

Violência Física - corresponde ao emprego de força física no processo disciplinador de uma criança, é toda a ação que causa dor física, desde um simples tapa até o espancamento fatal. Geralmente os principais agressores são os próprios pais ou responsáveis que utilizam essa estratégia como forma de domínio sobre os filhos. Violência Sexual - é todo o ato ou jogo sexual entre um ou mais adultos e uma criança e adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança/adolescente, ou utilizá-lo para obter satisfação sexual. É importante considerar que no caso de violência, a criança e adolescente são sempre vítimas e jamais culpados e que essa é uma das violências mais graves pela forma como afeta o físico e o emocional da vítima. Violência Psicológica - é toda interferência negativa do adulto sobre as crianças formando na mesma um comportamento destrutivo. Existem mães que sob o pretexto da disciplina ou da boa educação, sentem prazer em submeter os filhos a vexames, sua tarefa mais urgente é interromper a alegria de uma criança através de gritos, queixas, comparações, palavrões, chantagem, entre outros, o que pode prejudicar a autoconfiança e auto-estima. Negligência - pode ser considerada também como descuido, ausência de auxílio financeiro, colocando a criança e ao adolescente em situação precária: desnutrição, baixo peso, doenças, falta de higiene. (AZEVEDO, 2011, p.30).

2.3 VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR O CENÁRIO SOTEROPOLITANO

No Brasil, em 1961 o presidente da República João Goulart, publicou o Decreto nº 49.974-A, que se refere às normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. Neste Decreto a notificação compulsória se torna obrigatória em casos de doenças específicas. Após 14 anos, a Lei nº 6.259/75, regulamentada pelo Decreto nº 78.2316/76 passa a instituir o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica que estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, a incluir a malária, a hanseníase, a tuberculose e as meningites em geral.

Por conseguinte, o Ministério da Saúde lançou uma portaria de Nº 1.271 de 2014 que define a lista Nacional de Notificação Compulsória para doenças, agravos e eventos em saúde pública, logo, a violência se constitui de um agravo, por causar danos à integridade física ou mental do indivíduo e se inclui no rol de notificações compulsórias. Em 2016 os eventos ocorridos em serviços privados de saúde

passam a ter obrigatoriedade de notificação compulsória por intermédio da portaria Nº 204, de 17 de fevereiro.

Para tanto, a ficha de notificação deve ser preenchida por um profissional de saúde em três vias. A portaria de Nº 104 de 25 de janeiro de 2011 define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o país e estabelece o fluxo, os critérios, as responsabilidades e as atribuições dos profissionais e serviços de saúde. Portanto, uma via deve ser encaminhada para a vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde, dessa forma, essa ficha de notificação fornecem dados a serem apurados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. A segunda via fica na instituição de saúde notificadora e a terceira via deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar e/ou demais órgãos de defesa da criança e do adolescente.

Assim sendo, não notificar os casos previstos em lei se constitui de infração a legislação sanitária. A notificação compulsória, nesse sentido, deve ser considerada como um instrumento na garantia de direitos e de proteção das crianças e adolescentes vítimas de violência. Contudo, a subnotificação ainda é um problema a ser enfrentado no setor da saúde no Brasil, por diversos motivos, muitos profissionais tem receio de se envolver com os casos de violência, por medo de sofrer ameaça por parte do próprio agressor ou família e ainda porque, casos de violência demandam ações judiciais que exigem depoimento do profissional diante do caso assistido.

Nesse sentido, a subnotificação se apresenta como desafio e produz grande impacto nos dados gerais frente a essa temática. Dessa forma, o cenário apresentado aqui, trata-se de um panorama específico relacionado às notificações feitas pelos estabelecimentos de saúde em casos de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, na cidade de Salvador. Importante salientar que, portarias publicadas pelo Ministério da Saúde buscaram ao longo dos tempos relacionar as doenças e agravos de notificação compulsória no país, em detrimento das modificações do perfil epidemiológico dos brasileiros. Dessa forma, a notificação é uma forma de comunicar os casos à vigilância em saúde de cada território, para tomada de decisões frente aos agravos. Em 2006, o Ministério da Saúde constituiu:

[...] o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em dois componentes: (i) vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (Viva-Contínuo), e (ii) vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (Viva - Sentinela). A implementação do sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, em seu componente do Viva Contínuo, é responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES), em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e com o apoio do Ministério da Saúde. O registro dos dados no módulo do Sinan-Net é atribuição da Vigilância em Saúde/Epidemiológica do município ou outra área/setor que o gestor local definir. A sistematização dos dados permite caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas contra crianças e adolescentes, o perfil das vítimas e dos (as) prováveis autores (as) de agressão. (BRASIL, 2010, p.72).

Dessa forma, um dos avanços frente ao combate da violência contra a criança e o adolescente, foi à inserção deste fenômeno como problema de saúde pública. Dessa forma, o Governo Federal e o Ministério da saúde vêm incorporando medidas de atenção integral a saúde de crianças e adolescentes, vítimas de violência.

Nesse sentido, após o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – 1990, a violência passa ser comunicada afim de que órgãos de defesa da criança e do adolescente tomem as devidas providências, assim como especificado no Art. 13, “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. ” (ECA, 1990). Nesse sentido, o Estado passou a utilizar instrumentos legais em casos de violência contra a criança e o adolescente, tornando sua notificação obrigatória até nos casos de suspeita

Vale salientar que, em 2001 o Ministério da Saúde publicou a Lei de nº 1.968 que passa a estabelecer a notificação com formulário próprio, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. O ECA, também chama às autoridades responsáveis à responsabilidade, frente a suspeita de violência, como explicito no Art. 245, que diz:

Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. (ECA, 1990).

Nesse sentido, No Brasil o monitoramento das notificações de violências para fins de vigilância epidemiológica, é feito pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (PORTARIA Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, como varicela no estado de Minas Gerais ou difilobotríase no município de São Paulo. Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções. (BRASIL, 2017).

O SINAM deve ser alimentado pelos registros feitos pelos profissionais de saúde, de forma a colaborar para formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde. Na Bahia a Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado – SUVISA, que atua com o objetivo de analisar a situação de saúde da população, na perspectiva da ação em conjunto, visando o controle de determinantes, riscos e danos à saúde. A SUVISA é composta por várias diretorias, dentre elas a Diretoria De Informação Em Saúde – DIS:

A DIS - Diretoria de Informação em Saúde tem por finalidade definir e coordenar a política de informação em saúde no âmbito estadual, monitorar e avaliar os Sistemas de Informação em Saúde, bem como elaborar, participar e coordenar estudos e projetos concernentes a áreas ligadas a Informação em Saúde. (<http://www.suvisa.ba.gov.br/content/sobre-dis>).

Nesse sentido, a DIS trás a sistematização de informações sobre os agravos em saúde agregado aos dados das doenças de notificação compulsória. Nesse sentido, a portaria Nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 em seu Art. 2º, trás o conceito de agravos que seria:

Qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências

interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada; (BRASIL, 2016, p.1).

Dessa forma, a violência se inclui nesta lista de agravos. Sendo assim, segue um panorama de notificações compulsórias registradas no SINAM nos anos de 2014 e primeiro semestre de 2017 na cidade de Salvador/BA, antes, vale salientar que diferente do ECA o SINAM considera criança a pessoa de 0 a 9 anos de idade e o adolescente de 10 a 19 anos de idade assim como o Ministério da Saúde.

Quadro 02: Quantidade de notificações compulsórias registradas no SINAM da cidade de Salvador/BA.

DADOS				
Idade	2014	2015	2016	2017
< 1 ano	109	84	59	24
01 ano	29	20	27	18
02 anos	18	35	28	16
03 anos	31	32	27	10
04 anos	27	34	28	09
05 anos	23	30	33	18
06 anos	35	25	32	13
07 anos	35	38	37	07
08 anos	29	22	23	11
09 anos	38	36	22	13
10 anos	41	33	30	07
11 anos	48	50	35	19
12 anos	75	65	53	26
13 anos	98	83	76	25
14 anos	117	70	73	38
15 anos	130	136	131	62

16 anos	165	135	173	73
17 anos	212	168	200	78
18 anos	201	183	164	94
19 anos	198	156	168	107
TOTAL	1659	1435	1419	668

Fonte: Dados sistematizados pela autora a partir de informações do SINAN.

Os dados visam apresentar um panorama da quantidade de notificações compulsórias realizadas pelas unidades de saúde em Salvador. Revelam que as notificações vêm diminuindo ao longo dos anos ocasionando no problema da subnotificação.

3. O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM AMBIENTES HOSPITALARES.

3.1. O CAMPO DA SAÚDE E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

Analisar o trabalho do Assistente Social no campo da saúde no Brasil traz consigo desafios recorrentes, frente às grandes modificações e conquistas da política de saúde no país. Dessa forma, a análise da inserção do profissional de Serviço Social no campo da saúde, requer uma releitura do processo e entendimento da política de saúde no Brasil.

Portanto, a política de saúde no Brasil é indissociável das determinações sócio-históricas e da relação entre Estado e sociedade ao longo desse contexto, sendo assim, é impossível tratar da saúde atual, de como ela vista e gestada, sem mencionar seu processo histórico e a conjuntura vigente em cada período desse percurso.

As modificações nos níveis econômico e político enfrentadas em diversos países do mundo no final do século XVIII ocasionaram em transformações do sistema capitalista e conseqüentemente na atenção à saúde. Trata-se de um avanço das forças produtivas rumo ao capitalismo industrial, que segundo Bravo:

As inovações, concernentes à metalurgia – fundição a carvão e à máquina a vapor –, determinaram o aparecimento da “maquinofatura” em substituição à manufatura, permitindo a multiplicação da produtividade do trabalho humano e o aprofundamento da sua conseqüente alienação. A “maquinofatura” utilizou mão de obra de força reduzida, o que permite englobar outros setores da população na produção, ou seja, recrutamento elevado de mulheres e crianças. Com ela, o capital dirige-se essencialmente para a produção em grande escala. (BRAVO, 2013, p. 31).

Fica claro dessa forma, que essas transformações intensificaram a exploração do trabalho humano, ou seja, aumento da exigência da produção, aumento da carga horária de trabalho e conseqüentemente no adoecimento do trabalhador. Contudo, a saúde nesse contexto aparece como medida assistencialista. “No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. ” (BRAVO, 2009, p.89). Os trabalhadores e suas famílias eram atingidos por doenças pestilentas e num contexto de precarização dos serviços de saúde, para eles, restavam às benzedeadas e a caridade, resultando em um alto índice de mortalidade, sobretudo infantil.

Nesse sentido, a Revolução Industrial desencadeou uma série de problemas de saúde, que afetou além do proletariado, as classes dominantes, por não estarem imunes às epidemias. As péssimas condições de saúde e de vida da classe trabalhadora acabaram por reduzir a produção do trabalho, tornando um ambiente propício de revolta por parte dos operários. Para Martinelli (2011):

As transformações trazidas pela Revolução Industrial não ficavam, portanto, circunscritas nos limites da produção industrial. Era a sociedade como todo que ganhava uma nova ordem social, polarizando-se cada vez mais radicalmente em duas grandes classes – a burguesa e o proletariado -, cujas vidas se desenrolavam sob o signo da contradição e do antagonismo. (MARTINELLI, 2011, p.42).

As estratégias da burguesia para manter seu lugar de poder permeavam em todos os setores da sociedade. Dessa forma, o século XIX é marcado por campanhas limitadas e ocorrem nesse período iniciativas no campo da saúde pública, sob forte influência norte americana na prática médica brasileira. Sendo assim, surge nesse contexto a medicina social que visava manter a ordem capitalista, fazendo com que os trabalhadores aceitassem tal condição, diminuindo movimentos de revolta e mediando as relações sociais.

A passagem do século XIX e XX é demarcada pelo surgimento do movimento operário, sendo a saúde uma das principais reivindicações, assim como as melhorias das condições de trabalho, a garantia de direitos trabalhistas e outras. É nesse contexto, notadamente no início do século XX, que nasce a chamada “questão social” e que a saúde é entendida dessa forma no Brasil. Para Yazbek:

A questão social se expressa pelo conjunto de desigualdades engendradas pelas relações sociais constitutivas do capitalismo contemporâneo. Sua gênese pode ser situada na segunda metade do século XIX quando os trabalhadores reagem à exploração de seu trabalho. (YASBEK, 2008, p. 5).

As condições de vida dos trabalhadores era um fator preponderante para as devidas reações, nesse contexto, no século XX a população pobre só dispunha de atendimento de saúde nos hospitais de caridade, mantidos pela igreja católica. Dessa forma, a questão da saúde da classe trabalhadora do país é tão desastrosa que o Estado passa a se preocupar, na medida em que, as epidemias podiam dar uma má visibilidade do Brasil e imigrantes poderiam não mais vir para o país. Desse modo, as ações de saúde pública reduziam-se ao imediatismo para a resolução de problemas que comprometessem o processo de acumulação e ao combate a quadros epidêmicos.

Com a finalidade de controlar as epidemias no país, em 1904 o presidente da República, Rodrigues Alves e o Ministro da Justiça José Joaquim Seabra nomearam como Diretor geral da saúde pública, Oswaldo Gonçalves Cruz. Nesse contexto, a vacinação anti-varíola se tornou obrigatória para todo o território nacional por intermédio da Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, contrariando a liberdade e direito dos cidadãos, ocasionando no país a Revolta da Vacina na cidade do Rio de Janeiro. Nesse sentido, segundo Lyda (1994), a tendência do governo de Rodrigues Alves era da chamada "Higienização". Por intermédio de Oswaldo Cruz a questão sanitária nesse contexto, passou a ser uma questão de polícia. Segundo Paim (2003) esse modelo de assistência é chamado de “sanitarista” na perspectiva em que:

[...] corresponde à Saúde Pública institucionalizada no Brasil durante o século XX, que tem enfrentado os problemas de saúde da população mediante campanhas (vacinação, combate às epidemias, reidratação oral etc.) e *programas especiais* (controle de tuberculose e da hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental etc.). Usualmente essas formas de intervenção não contemplam a totalidade da situação de saúde, isto é, concentram sua atenção no controle de certos agravos ou em

determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer. Deixam de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação sanitária. Conseqüentemente, configuram um modelo assistencial que não enfatiza a integralidade da atenção e não estimula a descentralização na organização dos serviços. (PAIM, 2003, p.569).

O período de 1910 a 1920 marca um processo de deteriorização das condições de vida da população com o aumento do desemprego e acirramento de doenças, como a tuberculose, repercutindo na crescente mortalidade infantil. Decorrente das péssimas condições de trabalho e falta de garantias de direitos trabalhistas, em 1917 e em 1919, o movimento operário realizou duas greves gerais no Brasil, resultando no ganho de alguns direitos sociais. É nesse momento que segundo Bravo (2011), a Política de Saúde no país abrangia especificamente alguns trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, ou seja, os trabalhadores de empresas específicas que tinham a carteira assinada.

Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. As CAP's eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2009, p.90).

Nesta perspectiva, acontece no Brasil o nascimento da previdência social de forma celetista. Assim, ficavam de fora os trabalhadores que não possuíam carteira assinada (grande maioria) e os trabalhadores rurais, que, em ambos os casos, necessitavam recorrer aos serviços filantrópicos, profissionais liberais e medicina popular. Importante salientar que na década de 20 a reestruturação do Departamento Nacional de saúde, na perspectiva de propagar a educação sanitária como estratégia do plano sanitarista de Oswaldo Cruz, possibilita que a saúde pública seja vista como questão social, condicionando uma maior articulação por parte dos trabalhadores. Contudo, a questão social nesse contexto, era considerada um caso de polícia.

É nesse contexto que o Serviço Social surge na América Latina, sendo a década de 1920 marcada pela emergência dessa categoria profissional, sobretudo no campo da saúde.

A própria categoria médica contribuiu para a criação das primeiras escolas. Em visita à Europa e Estados Unidos, seus agentes perceberam que podiam contar com profissional que os auxiliariam em suas tarefas, através do tratamento médico prescrito, administração de normas de higiene aos pacientes, visitas domiciliares etc. (BRAVO, 2013, p. 97).

No Brasil, foram criadas instituições assistenciais ligadas à igreja católica, visando minimizar as seqüelas do desenvolvimento capitalista. Assim, com a crise capitalista vigente, houve maior número de desempregados e diversas greves operárias que geraram alterações no intervencionismo estatal. Dessa forma, o início da década de 30 é demarcada por alterações significativas na sociedade brasileira, onde ocorre o surgimento das políticas sociais como uma das respostas às manifestações dos trabalhadores e mediação da relação entre o Estado e a Sociedade. Segundo BRAVO (2009):

A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação. (BRAVO, 2009, p.91).

Importante salientar que nesse momento, o Brasil é governado pelo presidente Getúlio Vargas que cria o Ministério da Educação e Saúde e substitui as Caixas de aposentadorias e pensões, pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's).

Neste período são criados os institutos de aposentadorias e pensões (IAPS) na lógica do seguro social e nesta década situamos a consolidação das leis do trabalho (CLT), o salário mínimo, a valorização da saúde do trabalhador e outras medidas de cunho social, embora com caráter controlador e paternalista. (YASBEK, 2008, p. 10).

Nesse sentido, o Estado vai criando gradativamente estratégias de intervenção nas relações sociais, por intermédio de legislações e projetos de proteção social. Para Iamamoto e Carvalho (2013), as leis sociais se colocam na ordem a partir desse momento onde ficam evidentes as terríveis condições de existência do proletariado e estes se utilizam de grandes movimentos sociais. É nesse contexto que é implantado o Serviço Social no Brasil, que segundo a autora, “surge da iniciativa particular de grupos e frações de classe, que se manifestam, principalmente, por intermédio da Igreja Católica”. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2013, p.135).

Assim, a profissão em sua gênese possui uma base social bem delimitada entre a caridade e a repressão, onde a igreja determina sua atuação. Portanto, fica evidente a parceria entre Estado e a igreja na manutenção da ordem vigente, segundo Estevão (1999), o Estado determina a paz política e a Igreja exerce o papel social, através da caridade. Iamamoto e Carvalho revelam que:

As instituições assistenciais que surgem nesse momento, como a Associação das Senhoras Brasileiras (1920), em São Paulo, possuem já – não apenas no nível da retórica – uma diferenciação em face das atividades tradicionais da caridade. [...] O surgimento dessas instituições se dá dentro da primeira fase do movimento de “reação católica”, da divulgação do pensamento social da Igreja e da formação das bases organizacionais e doutrinárias do apostolado laico. Tem em vista não o socorro aos indigentes, mas, já dentro de uma perspectiva embrionária de assistência preventiva, de apostolado social, atender e atenuar determinadas seqüelas do desenvolvimento capitalista, principalmente no que se refere a menores e mulheres. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2013, p. 177).

A atuação dos assistentes sociais nas instituições assistenciais e previdenciárias, sobretudo a partir da década de 30, conforme aponta Bravo (2013), ocorria em asilos, albergues, orfanatos e dispensários. No campo da saúde, as ações no denominado Serviço Social Médico, estavam inicialmente vinculadas à puericultura e à profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias. As funções incluíam a triagem socioeconômica, a elaboração de fichas com informações sobre o cliente de modo a subsidiar o trabalho do médico, a distribuição de recursos financeiros para viabilizar o deslocamento ao serviço médico e a educação sanitária.

Para aqueles trabalhadores que não tinham a carteira assinada, portanto, sem acesso às instituições previdenciárias, restavam ações sociais e filantrópicas, incluindo a questão da saúde desses trabalhadores e de suas famílias. Nesse período, de 1930 a 1940 o campo da saúde assume características capitalistas

(numa articulação do Estado com a indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares) e é nesse momento que a saúde pública declina e a medicina previdenciária cresce. Segundo Yasbek:

Com o tempo, as velhas formas de socorrer os pobres gestados na filantropia e na benemerência evoluem, passando desde “a arrecadação de fundos para a manutenção de instituições carentes, auxílio econômico, amparo e apoio à família, orientação maternal, campanhas de higiene, fornecimento de filtros, assistência médico-odontológica, manutenção de creches e orfanatos, lactários, concessão de instrumentos de trabalho etc.” até programas explicitamente anunciados, como de combate à pobreza. Assim, no âmbito da assistência social são desenvolvidas políticas para a infância e para a adolescência, para idosos, para necessitados e grupos vulneráveis. (YASBEK, 2012, p. 298).

Na década de 1940, a situação de saúde da população era trágica, pois as campanhas não conseguiram eliminar o quadro de doenças pestilentas, elevando as taxas de mortalidade em geral. Todavia, a saúde do país girava em torno de um atendimento médico hospitalar prestado pelos Institutos de Aposentadorias de Pensões, para aqueles trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho. Aos demais era necessário recorrer aos serviços médicos e hospitalares de natureza privada ou ao atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados ou municípios. Cumpre ressaltar que nesse período a saúde assume uma lógica de mercado, a partir do desenvolvimento de um complexo médico-industrial, característica que perdura até os dias atuais.

Em 1945 o Serviço Social altera sua atuação profissional entendendo que uma abordagem eficaz teria como método a “neutralidade”, segundo Bravo (2013):

O assistente social passa a utilizar-se de conhecimentos produzidos em outras áreas do saber, principalmente da sociologia, psicologia e psicanálise, para subsidiar a sua prática de intervenção. Esta alteração está vinculada ao crescimento das grandes instituições de prestação de serviços sociais e assistenciais geridas ou subsidiadas pelo Estado, que viabilizaram a expansão do mercado de trabalho para o profissional. (BRAVO, 2013, p.98).

Assim essa nova prática profissional, trouxe para o campo da saúde novas técnicas visando dar respostas às complicações sociais e emocionais da doença, segundo Bravo (2013), o Assistente Social passou a utilizar a técnica de investigação social, resultando na participação do profissional em pesquisas médico-sociais. Em decorrência de uma maior aproximação com os usuários, o Assistente

Social acabava coletando informações de cunho psicossocial e repassava essas informações para o médico, com o objetivo de controlar esses “clientes”.

A década de 50 foi marcada por propostas de medicina integral, preventiva e comunitária repercutindo discussões para o Serviço Social, na medida em que o profissional tinha o objetivo de se especializar nas ações de caso, grupo e comunidade. Em 1953 o Ministério da saúde é desmembrado do Ministério de educação, contudo, esse desligamento não significou que o governo mudasse seu olhar para a saúde pública brasileira, seus problemas e desdobramentos, assim “o Assistente Social continuava atuando no interior dos hospitais como suporte da medicina clínica com poucos profissionais atuando em saúde coletiva” (BRAVO, 2013, p.103).

Já na década de 60 ocorreu a aprovação da Lei de Nº 3.807, de 26 de agosto, Lei Orgânica de Previdência Social que visava unir o regime geral da previdência social, e aumentar os auxílios para aqueles que dela desfrutava, ou seja, os trabalhadores sujeitos a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. Dessa os trabalhadores rurais só viriam a desfrutar desse sistema três anos após com a promulgação da lei 4.214 de 2 de março de 1963 que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

O processo de crítica do Serviço Social do início da década de 60 não teve praticamente nenhuma repercussão na área da saúde. A inserção do Serviço Social no campo da saúde foi construída tendo como base o modelo médico clínico, “a relação era pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor era o médico”. (BRAVO, 2010, p.57). Em 1961 ocorre o II Congresso Brasileiro de Serviço Social que estabeleceu a ação profissional na perspectiva de relacionar a doença a aspectos psicológicos, emocionais e sociais.

O único aspecto inovador surgido no II Congresso Brasileiro relacionado a ação do assistente social na saúde, restrito no seu enfoque aos ambulatórios e hospitais, foi o estímulo às abordagens grupal e comunitária e também a sinalização para o enfoque em saúde pública na proteção, prevenção e recuperação da saúde. (BRAVO, 2010, p. 102).

Contudo, o mercado de trabalho para o Assistente Social foi ampliado no campo da saúde individual, principalmente na previdência social. Em 1964 o país atravessa um processo conhecido como Golpe de Estado. O contexto era de disputa

onde eram evidentes os interesses conflitantes entre classes distintas. Para Ianni (1981):

A verdade é que a política de massas estava indo muito longe, numa época de enfraquecimento do poder político da burguesia. O jogo de massas, preconizado e realizado por um setor da própria burguesia, já que não era mais suportável para a classe dominante. Os riscos se acumulavam. Além do mais o populismo começava a estender-se para a sociedade agrária. As ligas camponesas e os sindicatos rurais estavam sendo multiplicados e dinamizados pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), o Partido Comunista Brasileiro (PCB) e a Igreja Católica, de acordo com as técnicas, os símbolos e a linguagem do populismo. (IANNI, 1981, p.210).

Nesse sentido, o país passou pelo período de Ditadura Militar, onde muitos foram mortos. As forças armadas assumiram o poder e assinou o Ato Institucional de número 1, dessa forma, foi autorizada a cassação de mandatos e as garantias constitucionais ficaram suspensas, assim como os direitos políticos também, contudo, a repressão militar não justificaria por muito tempo um governo ditatorial, assim, “A ditadura promoveu uma crescente transformação do Estado em relação à sociedade civil, de forma abrupta e profunda.” (BRAVO, 2010, p.40).

Importante destacar que nesse período de 64 ocorreram algumas mudanças para o Serviço Social e implicações para a sua atuação no campo da saúde, proveniente das novas demandas e exigências da própria política de saúde. Para Netto (1989) essas mudanças seria a chamada “modernização conservadora” da profissão, que em linhas gerais redirecionou as bases da legitimidade profissional, exigindo uma renovação para a profissão. Bravo (2010) revela:

O Serviço Social até 1960 não apresentava com polemicas de relevo, havendo uma homogeneidade nas propostas profissionais, apesar dos questionamentos surgidos em meados da década de 50, que se avolumam na próxima década. No início da década de 60, diversos profissionais de Serviço Social começaram a questionar a posição conservadora assumida majoritariamente pelos assistentes sociais, voltada para a manutenção do *status quo*. (BRAVO, 2010, p.98).

Diante o exposto, o governo militar em 1966 cria o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que resultou no aumento da compra dos serviços médicos privados de saúde evidenciando a assistência individual ao invés da coletiva. Assim, o regime militar criou uma tecnocracia, que consistia em um sistema fundado na supremacia de técnicos para organização política e social. É nesse contexto (1966) que o Serviço Social se legitima no interior das instituições de

previdência social, participando do planejamento, supervisão e execução das ações cotidianas.

O governo se utilizou do sistema previdenciário implementando o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que unificou os benefícios dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAP's, resultando no aumento do volume de recursos financeiros capitalizados.

As questões de saúde pública eram resolvidas pela tecnocracia, por intermédio da privatização dos serviços, logo, “As doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira eram de responsabilidade do Ministério da saúde. ” (BRAVO, 2010, p.42). Vale salientar que os atendimentos individuais eram de responsabilidade do setor previdenciário, logo, a medicina previdenciária cresceu de forma alarmante no país.

O assistente social que trabalhava em órgãos de assistência médica da previdência atuava com as seguintes ações: “individual, de caráter preventivo curativo; grupal, de caráter educativo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho”. (BRAVO, 2010, p.102).

O sentido da prática profissional foi apreendido mitificadamente, sendo enfatizadas as técnicas de invenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais, a concessão de benefícios concebidos como doação e não como direitos. (BRAVO, 2010, p. 104).

A saúde brasileira na década de 70 vive uma tensão entre a ampliação dos serviços de saúde ainda com predominância de ações curativas orientadas pelo setor privado. Dessa forma, o setor privado é o grande privilegiado nesse período pós 64 (principalmente de 1964 a 1979), atuando na mercantilização da saúde.

A emergência de um movimento sanitário era latente na sociedade brasileira, frente às seqüelas da Ditadura Militar no país, nesse sentido, a reforma sanitária nasce do povo, da sociedade civil, dos movimentos sociais.

No final da década de 1970, ganha destaque, na relação Estado - Sociedade, o movimento pela democratização da saúde, que, envolvendo intelectuais/profissionais de saúde, movimentos sociais e estudantes criou condições para a construção do projeto da Reforma Sanitária brasileira. Este movimento teve como princípio uma crítica a concepção de saúde restrita a biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde. (VASCONCELOS, 2009, p.76).

Nessa perspectiva, a reforma sanitária brasileira é uma reforma social, tendo como objeto a questão sanitária, o que significa pensar nas condições de vida e a determinação estrutural desses conjuntos de elementos. Ou seja, a reforma sanitária perpassa pela idéia dos determinantes sociais que influenciam a qualidade de vida de uma população, visando à universalização de acesso a saúde, a concepção de saúde como um direito social e o dever do Estado em financiá-la e a construção de um sistema unificado de saúde objetivando uma nova leitura sobre a saúde individual e coletiva.

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado. (CFESS, 2010, p.19).

Contudo, Segundo Bravo (2010) os Assistentes Sociais não se engajaram no processo de movimento sanitário, “O Assistente Social, no processo de reelaboração do setor saúde, ficou marginalizado, não participando nem sendo solicitado para contribuir nas alterações ocorridas no aparelho do Estado” (BRAVO, 2010, p.124). Assim, o Serviço Social nesse contexto, seguia com pouca organização política, que objetivasse a ocupação de espaços no Estado por intermédio dos setores progressistas da profissão.

Todavia a década de 80 foi marcada por vitórias significativas no âmbito social e político na luta contra o regime ditatorial que se instalou no país desde 1964, sendo a saúde, uma das áreas que mais sofreram avanços. Nesta perspectiva, a discussão da saúde no Brasil seguiu para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, numa articulação que envolveu uma série de debates entre a sociedade, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e parlamento.

Em 1988 a Constituição Federal contempla a concepção da Seguridade Social, com um dos maiores avanços no que se refere à proteção social e como resposta às constantes reivindicações da classe trabalhadora. Nesta perspectiva, em seu artigo

194, “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. ” (BRASIL, 1988), nesse sentido, a proposta de seguridade social é de ampliação e afirmação dos direitos sociais no Brasil. Assim, referente à saúde a Constituinte de 1988 institui o Sistema Único de Saúde – SUS e apresenta no capítulo VIII da ordem social e na seção II, artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1998).

Em seu artigo 198 a Constituinte de 88 informa as diretrizes do SUS que seriam: “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. ” (BRASIL, 1988). Nesse sentido, o SUS tem uma história, princípios, valores e uma materialidade baseada num arcabouço legal que começa estruturado pela Constituição e vai se desdobrando mesmo em conjuntura adversas.

O SUS não é um sistema dirigido para as pessoas pobres, da forma como o sistema foi concebido, ele é para todos, ainda que da sua conformação por trabalhar com princípios e integralidade, igualdade e universalidade, também contempla a dimensão da equidade e que, portanto, pode tratar diversamente as pessoas que tem necessidades e problemas distintos. Nesse sentido, toda a falácia da classe dominante de que o SUS foi construído para a classe subalterna não deve ser concebida pela sociedade em geral.

Contudo, a proposta de saúde como direito de todos vem sendo ameaçada desde a sua gênese, na medida em que a reforma sanitária é confrontada pelo projeto privatista no país. Dessa forma, esse confronto repercute no trabalho do assistente social ao longo do tempo, pois:

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade;

trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. (CFESS, 2010, p.26).

O modelo privatista ganhou força na década de 90 num contexto onde o projeto neoliberal foi favorecido, na perspectiva de redefinir as relações entre Estado e a sociedade em concepções distintas daquelas colocadas por quem defendia o SUS. Segundo Fleury (2009):

Foram retomadas as orientações liberais que propugnam por uma forte redução da presença do Estado, seja na economia seja nas políticas sociais. Para tanto, utilizaram-se instrumentos como a privatização das empresas estatais e mesmo de serviços sociais, a redução da pauta e/ou valor dos benefícios sociais juntamente ao aumento das dificuldades para alcançá-los, a introdução de mecanismos da economia de mercado como a competição gerenciada na organização dos serviços sociais, a redução do papel de provedor do Estado com a transferência desta competência a organizações civis lucrativas ou não. (FLEURY, 2009, p.748).

Sendo assim, somente em 1990 é que o SUS passa a ser regulamentado através da promulgação da Lei de N° 8.080, de 19 de setembro, que regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde. Essa lei nasce apontando alguns desafios para o Sistema, principalmente em seu artigo 4, inciso 2º que possibilita a participação da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde – SUS. Contudo, nesse mesmo ano a Lei de N° 8142 é sancionada, dispondo a participação social na gestão do SUS através de Conferências e Conselhos de saúde.

A década de 90 é de extrema importância também para o Serviço Social brasileiro. Em 1993 a profissão passa a ser regulamentada através da Lei N° 8.662, de 7 de junho e do código de ética profissional do Assistente Social, dessa forma, a compreensão do papel que o Assistente Social tem na sociedade passou a ser mais entendida do ponto de vista técnico e político, sobretudo, da direção social que a profissão adquiriu e dos compromissos com a classe trabalhadora no processo de redemocratização da sociedade brasileira.

No campo da saúde, o profissional passou a ter outra visibilidade, na medida em que passa a ser considerado como profissional da saúde, por intermédio da Resolução de n° 218 de 6 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde, bem como por meio da resolução do CFESS n° 383, de 29 de março de 1999. Conseqüentemente, a categoria contribui de forma mais efetiva para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde no cotidiano de sua ação profissional a

partir do compromisso com a busca pela garantia dos direitos dos usuários e efetivação da promoção, prevenção e proteção, como está posto nos princípios do SUS.

Atualmente, o documento intitulado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” tem a finalidade de referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social nessa área, partindo do pressuposto que o trabalho profissional passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões. Com base nisso, dispõe a atuação de assistentes sociais em quatro grandes eixos, a saber: “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010, p.41).

Assim, em linhas gerais, o profissional que trabalha com atendimento direto aos usuários, atua desde a atenção básica até os serviços de média e alta complexidade, numa abordagem multidisciplinar e de articulação com a rede intersetorial e intrasetorial. O trabalho do Assistente Social na mobilização, participação e controle social se desenvolve:

[...]. Num conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde. (CFESS, 2010, p.57).

O eixo que trata da atuação do Assistente Social na investigação, planejamento e gestão, é composto por ações que objetivem uma a gestão da classe trabalhadora e dos trabalhadores de saúde na garantia de seus direitos. As atividades relacionadas à assessoria, qualificação e formação profissional objetivam uma melhoria na qualidade dos serviços prestados, envolvendo, a educação permanente em saúde. Segundo Ceccim (2005) a educação permanente é:

Um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços

coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. (CECCIM, 2005, p.161).

Para tanto, tratar da saúde nos dias atuais é desafiador, principalmente pela inserção da palavra “conjuntura” nesse desafio, na medida em que se vive um momento de mudanças aceleradas na ânsia de governo neoliberal de retirar direitos construídos historicamente. Diante o exposto, uma série de estratégias colocadas ao longo do tempo, mas que na atual conjuntura se radicalizam causando grandes impactos para a saúde pública brasileira.

Nesse sentido, não se pode deixar de citar a abertura que a nossa legislação passa a dar ao capital estrangeiro a partir da Lei de N°13.097 sancionada pela Presidente Dilma em 19 de janeiro de 2015. Dessa forma, assim como demais leis criadas e sancionadas no país, está entrou em vigor sem qualquer discussão com aqueles que construíram o SUS, bem como as instâncias decisórias do nosso Sistema Único de saúde, a proposta dessa Lei em linhas gerais é reforçar a idéia de saúde como lógica de mercado.

Seguindo na lista de estratégias, e então Deputado Eduardo Cunha, lança a PEC 451 que se apresenta com mais uma ameaça ao SUS, na perspectiva em que se torna obrigatório que os empregadores brasileiros garantam aos seus empregados serviços de assistência à saúde (exceto trabalhadores domésticos), contrapondo-se a todo o capítulo da seguridade social e a seção da saúde e seus dispositivos.

Na intenção de aprofundar a mercantilização da saúde e de setores cuja responsabilidade é do Estado, é que o atual presidente interino, Michel Temer cria a Emenda Constitucional 95/2016 que congela por 20 anos as verbas destinadas ao SUS, respondendo aos interesses dos grandes grupos políticos e econômicos que vem lucrando com a saúde no Brasil.

A emenda constitucional do teto de gastos desconstrói qualquer tipo de investimento público que aponte para a construção de um verdadeiro sistema de segurança social, com educação e saúde públicas gratuitas e universais. (NORONHA; NORONHA; COSTA, 2017, p.17).

Para, além disso, o governo golpista trás uma proposta de um projeto de Planos de Saúde Popular ou Acessíveis, numa perspectiva perversa de que a população brasileira pagaria pequenos valores por procedimentos na rede privada,

indo de contra a proposta de saúde como direito de todos e do SUS que oferece serviços de saúde gratuitos. Essas estratégias terão grandes rebatimentos no cotidiano profissional do Assistente Social, pois vai impactar diretamente na vida da classe trabalhadora ao qual o profissional atende.

Os espaços profissionais e ocupacionais tradicionais, como saúde, assistência social e previdência, sofrerão reveses e terão atualizadas suas demandas, a abrangência do seu público, as modalidades de intervenção e o conteúdo/racionalização do trabalho profissional. [...] A saúde, vivenciando um brutal desmonte, também presenciará o crescimento da demanda em função da inadimplência e dos desligamentos massivos de trabalhadores e de suas famílias dos planos e seguros privados de saúde (MOTA, 2017, p.48).

Para os trabalhadores da saúde, inclusive para o Assistente Social, outra estratégia do governo neoliberal foi instaurada. Trata-se da regularização da terceirização no país, através da Lei de Nº 13.429, de 31 de março de 2017, que retira direitos trabalhistas conquistados ao longo do tempo e intensifica a precarização das relações de trabalho. Segundo Boschetti (2017).

Estamos, portanto, num período de contra ofensiva capitalista às conquistas civilizatórias resultantes das lutas sociais, um ambiente extremamente destrutivo dos direitos sociais, de aniquilamento dos direitos humanos, de destruição da natureza, de criminalização dos movimentos sociais e de avanço acelerado do conservadorismo. O capital está destruindo a humanidade e agudizando os processos de pauperização, o que exige renovados desafios e contundentes respostas por parte da classe trabalhadora. (BOSCHETTI, 2017, p.62)

Dessa forma, o Assistente Social passa a enfrentar uma série de desafios em seu cotidiano profissional na saúde, seja pelo desmonte da saúde na atual conjuntura, seja na própria precarização do seu trabalho, enquanto trabalhador assalariado que depende de uma instituição para exercer sua função. Nessa perspectiva, na medida em que o Serviço Social assume um papel em defesa dos direitos da classe trabalhadora que acessa os serviços de saúde, trazendo consigo todas as mazelas de um sistema capitalista, sua atuação no campo da saúde deve ir além de atendimentos de demanda espontânea. Na medida em que a crise se propaga, ocorre um aprofundamento da tensão estrutural de retrocesso de direitos construídos e de um progresso do conservadorismo, impondo aos profissionais desafios com novas roupagens.

3.2 AS ESPECIFICIDADES DO CONTEXTO HOSPITALAR

Para entendermos as especificidades contexto hospitalar se faz necessário compreendermos sobre que lugar está se falando. Para Campos

A palavra hospital é de raiz latina (*Hospitalis*) e de origem relativamente recente. Vem de *hospes* – hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos pobres e enfermos. O termo hospital tem hoje a mesma acepção de *nosocomium*, de fonte grega, cuja significação é tratar os doentes como *nosodochium* quer dizer – receber os doentes. Outros vocábulos constituíram-se para corresponder aos vários aspectos da obra de assistência: *ptochodochium*, *ptochotrophium*, asilo para os pobres; *poedotrophium*, asilo para as crianças; *orphanotrophium*, orfanato; *gynetrophium*, hospital para mulheres; *zenodochium*, *xenotrophium*, refúgio para viajantes e estrangeiros; *gerontokomium*, asilo para velhos; arginária, para os incuráveis. (CAMPOS, 1944, p.7).

Portanto, mesmo com todas as evoluções estruturais, organizacionais e físicas que o hospital passou ao longo dos tempos é evidente que esse espaço foi criado para receber pessoas doentes, ou seja, é um ambiente tenso considerando que as pessoas estão em situação delicada de saúde, convivendo com a existência da possibilidade de morte. Suas características variam de acordo com o seu perfil de atendimento, como, por exemplo, hospitais gerais, hospitais de ensino ou universitários e os hospitais especializados. No que se refere à gestão dessas unidades normalmente é de cunho público, privado, filantrópico ou mesclando essas características.

Para Matos (2013), os hospitais ainda se pautam no modelo médico-assistencial privatista que sempre norteou a política de saúde brasileira e que foi redesenhado pelo projeto neoliberal. Nele, a figura do médico possui centralidade, a saúde é entendida como a ausência de doença, a assistência é permeada por interesses privados, mesmo no espaço público.

Assim, esse modelo, não prioriza o trabalho de outros profissionais, como: assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, etc., bem como, reproduz um atendimento com incipiente multidisciplinaridade e a realização de ações de caráter emergencial voltadas para a viabilização de internamentos, exames, consultas, transporte, medicamentos, órteses, próteses, entre outras (COSTA, 2000).

É nesse contexto que traremos as especificidades da atuação profissional. A atuação do Assistente Social no contexto hospitalar bem como, nos demais diversos espaços sócio-ocupacionais, deve ser norteada pelo projeto ético-político do Serviço

Social. A dimensão ética estabelece a identidade da profissão em conjunto com as dimensões técnico-operativas e teórico-metodológicas.

Contudo, é importante salientar que o Assistente Social é um trabalhador assalariado e depende de uma instituição que lhe dispunha das condições básicas para que o trabalho profissional se efetive.

A profissão se consolida, então, como parte integrante do aparato estatal e de empresas privadas, e o profissional, como um assalariado a serviço das mesmas. Dessa forma, não se pode pensar a profissão no processo de reprodução das relações sociais independente das organizações institucionais a que se vincula, como se a atividade profissional se encerrasse a si mesma e seus efeitos sociais derivassem, exclusivamente, da atuação profissional. (IAMAMOTO, 2013, p. 86).

Assim, o Assistente Social vive numa constante tensão entre atender as demandas da instituição ao qual está vinculado e as demandas e necessidades dos usuários ao qual atende cotidianamente. É nesta perspectiva que Iamamoto (2013) compreende que “[...] o Assistente Social exerce uma função mediadora [...]”, ou seja, atua na interpolação entre dois pólos com interesses distintos. No cotidiano profissional isso toma materialidade de forma desafiadora, na medida em que as demandas institucionais e as demandas dos usuários se modificam na proporção das mudanças ocorridas na sociedade, seja no cenário político, econômico ou social.

Sendo o Serviço Social regulamentado como uma profissão liberal e dispondo o assistente social de relativa autonomia na condução do exercício profissional, os estatutos legais e éticos são fundamentais para a regulamentação dessa atividade, porém essa autonomia é tensionada pela compra e venda da força de trabalho. De acordo com Iamamoto (2011), são os empregadores que determinam as necessidades sociais que o trabalho do assistente social deve responder, delimitam a matéria sobre a qual incide o trabalho, interferem nas condições em que se realizam os atendimentos, impõem exigências trabalhistas e mediam as relações com o trabalho coletivo por eles articulado.

O Assistente Social reproduz, pela mesma atividade, interesses contrapostos que convivem em tensão e só pode fortalecer um ou outro pólo pela mediação de seu oposto. Contudo, é necessário salientar o compromisso ético-político com a classe trabalhadora que se afirma no Código de Ética Profissional (1993). Assim, se faz necessário um constante esforço histórico de pensar esse público, uma

dedicação teórica para analisar os modos de vida dessa classe trabalhadora, entendendo o percurso que cada sujeito traçou até chegar aos serviços prestados.

Nesse sentido, segundo o Código de Ética da profissão em seu Título III, Capítulo I das relações com os usuários são deveres do/a Assistente Social:

a- contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais; b- garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código; c- democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as; d- devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos/às usuários/as, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses; e- informar à população usuária sobre a utilização de materiais de registro audiovisual e pesquisas a elas referentes e a forma de sistematização dos dados obtidos; f- fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional; g- contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os/as usuários/as, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados; h- esclarecer aos/às usuários/as, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional. (CFESS, 2012, p.29-30).

Portanto, a ciência de como deve ocorrer essas relações, faz parte do projeto profissional do Assistente Social, e do exercício da relativa autonomia no contexto institucional. Nesse sentido, Iamamoto (2013) revela que o Estado se coloca em destaque nesse contexto, por ser historicamente um dos maiores empregadores de Assistentes Sociais no Brasil. Em consonância com esta realidade, o campo da saúde se torna o espaço em que temos mais profissionais, principalmente a partir da década de 90 sob uma nova perspectiva da saúde e reconhecimento da categoria enquanto profissional desta área.

Logo, o advento do SUS possibilitou a inclusão de diversas possibilidades de atuação para o assistente social ampliando a intervenção para além da execução da política, mas também no planejamento, gestão e avaliação. Portanto, a área da saúde se constitui de um campo bastante amplo, seja no nível de atenção primário que compõe as unidades de atenção básica (em linhas gerais, os postos de saúde), no nível de atenção secundário (que abrange as Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, hospitais e outras unidades de atendimento especializado e/ou de média complexidade) e no nível de atenção terciário que incluem hospitais gerais, de

grande porte (de atendimentos de alta complexidade), financiados pelo Estado ou pela esfera privada.

Nesta perspectiva, trataremos das particularidades da Atuação do Assistente social nos níveis de atenção secundário e terciário, sobretudo em contexto hospitalar.

A atuação do Assistente Social em contexto hospitalar se dá ao longo dos tempos e sofre algumas mudanças na medida em que a profissão se renova e vivencia o movimento de reconceituação. Matos (2013) ao citar Pinheiro (1995), revela que a profissão surge nos hospitais (na década de 1940) na perspectiva de construção do elo da instituição com a família e com o usuário, objetivando a continuidade do tratamento pós-alta e realizando atividades com as famílias para que essas não sofressem materialmente com a ausência do chefe da casa. Essa atuação era pautada no funcionalismo, onde se entendia que, os indivíduos eram “culpados” pelos seus problemas vividos e que dessa forma, deveriam mudar seus hábitos.

É nos anos de 1960 que emerge no Brasil e na América Latina um movimento interno na profissão. Este foi conhecido como movimento latino-americano de reconceituação do Serviço Social, que se desenvolveu de maneira diversificada em cada país, devido a um conjunto de fatores dos quais destacamos a conjuntura política notadamente derivada dos golpes militares vivenciados nos anos 1960 e 1970 por cada país e as características dos seus protagonistas profissionais. (MATOS, 2013, p. 58).

Nesse sentido o Serviço Social brasileiro passa a enfrentar discussões no centro da profissão o que propõe um processo de renovação do Serviço Social na direção de uma intenção da ruptura com as práticas propostas nesse período (década de 80), que Segundo Netto (1991), aproxima a profissão da teoria marxista e acaba por estimular o debate na construção do atual projeto profissional. Dessa forma, em consonância com esses importantes acontecimentos no seio da profissão, a saúde brasileira passa um processo de construção enquanto direito social, “A partir dos anos 1990 podemos afirmar que há uma incorporação pelos assistentes sociais dos princípios da reforma sanitária, que se constituem, na sua maioria, dos princípios do SUS”. (MATOS, 2013, p.59).

A partir desse pressuposto, entende-se que essa incorporação trouxe mudanças no exercício profissional cotidiano, sobretudo na atuação no campo da saúde. Dessa forma, por mais que atuação do Assistente Social no contexto

hospitalar traga marcas do passado (elo da instituição com a família e com o usuário), existem atualmente conceitos fundamentais para que essa atuação venha a romper com essas marcas.

Segundo o documento “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS (2010), existem alguns conceitos que são fundamentais para a compreensão do profissional, construídos ao longo do processo de luta da reforma sanitária e implementados no SUS.

O conceito de integralidade: “A ‘integralidade’ das ações consiste na estratégia concreta de um fazer coletivo e realizado por indivíduos em defesa da vida. ” (Pinheiro, 2009, p.262); A intersetorialidade: “[...] uma articulação de possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania. (PNPS, 2006, 17); A participação social: “[...] significa a democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios em uma dada sociedade. ” (Stotz, 2009, p. 293); e a interdisciplinaridade: “[...] processos de interação entre conhecimento racional e sensível, e de integração entre saberes tão diferentes, e, ao mesmo tempo, indissociáveis na produção de sentido da vida. (PEREIRA, 2006, p. 263).

O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social, ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, artigo 196) e indicar como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º). (CFESS, 2010, p.39).

No entanto, a implementação do Sistema Único de Saúde, no final da década de 80 e início da década de 90, foi tensionada por projetos opostos: o Privatista, vinculado ao mercado e pautado na política de ajuste neoliberal e o Reforma Sanitária, pautado na concepção de Estado democrático de direito e responsável pela saúde, conforme aponta Bravo e Matos (2012). Esses projetos apresentaram requisições distintas ao exercício profissional.

É a partir do entendimento da saúde em sua totalidade e dos determinantes sociais que interferem no processo de saúde-doença desses sujeitos, que o trabalho do Assistente Social em contexto hospitalar deve ser conduzido, no esforço de entender o valor que a saúde tem para a sociedade, constituída como um direito que vive em constante ameaça. Assim, a atuação do Assistente Social em hospitais se dá, de maneira diferenciada dos demais profissionais da saúde, na medida em que analisa as demandas e necessidades numa perspectiva de totalidade, bem como, as suas contradições e diversos determinantes sociais e conjunturais.

O Serviço Social atua na perspectiva de democratização e socialização de informações sobre a promoção da saúde, prevenção de doenças, de riscos, danos e agravos para os usuários que retornarem do atendimento. Com tal proposta, realiza atividades como: abordagem dos usuários nos leitos; abordagem dos acompanhantes dos usuários; encaminhamentos internos e externos; reuniões de grupo de apoio aos familiares/usuários; visitas domiciliares; contato telefônico com familiares dos usuários ou com outras instituições; disponibilização de transporte para os que não têm condições de se locomover; inserção dos sujeitos atendidos nos projetos desenvolvidos pelo Serviço Social; preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho, notificações de violência praticada contra crianças e adolescentes, idosos e mulheres, bem como informações referentes aos seus direitos previdenciários, entre outras. (MONTEIRO, 2010, p. 478).

Mediante a isso, sua prática deve ser traçada em um horizonte ético e de respeito à vida humana, proposta desafiadora diante das condições e relações de trabalho ao qual são submetidos muitos Assistentes Sociais. Muitos profissionais que atuam em contexto hospitalar vivem em condições de precarização do trabalho, onde as instituições impõem jornadas extenuantes, sem respeito às 30 horas semanais defendidos pela categoria e respaldados pela lei Nº 12.317, de 26 de agosto de 2010.

Além disso, muitos Assistentes Sociais são exigidos no cotidiano de suas ações a serem profissionais multifuncionais, exercendo múltiplas funções numa perspectiva de “polivalência”, mas recebendo baixos salários. É necessário salientar que as condições de acesso e inserção desses profissionais ao mercado de trabalho ocorre sob diversas formas de contratação, por vezes no mesmo espaço de trabalho, o que fragiliza o poder de articulação da categoria, repercutindo nas respostas profissionais.

No que se refere às condições éticas e técnicas para o exercício profissional a existência de um local adequado com sigilo deve ser assegurado. O Serviço Social

do Hospital necessita dispor de uma sala própria para o atendimento, com condições que garantam o sigilo profissional, previsto no Código de Ética da profissão em seu Art. 16 que revela que “O sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional.” (CFESS, 2012, p.35).

Assim, a sala deve conter um armário com chave, para que possam guardar o material técnico e técnico sigiloso do Serviço Social. Para tanto, devido o contexto de precarização em diversos hospitais onde o Assistente Social atua muitas vezes essas condições não são asseguradas, muitos atendimentos são feitos em sala que se divide com a psicologia ou nutrição, por exemplo, inviabilizando o sigilo das informações prestadas pelo usuário e o bom uso dos instrumentos utilizados pelo profissional.

O exercício profissional do assistente social, portanto, está determinado por sua condição de trabalhador inserido na reestruturação dos processos de trabalho, que resultam em contratações temporárias, terceirização, baixos salários, ausência de autonomia e reconhecimento profissional, e falta de condições de execução do trabalho no setor público. Neste sentido, a falta de financiamento das políticas sociais brasileiras impacta diretamente o trabalho do assistente social no país, espaço privilegiado de atuação deste profissional (SANTOS e MANFROI, 2015, p.192).

Logo, esses elementos relacionados às condições e relações de trabalho apresentam impacto direto na atuação profissional, na medida em que requerem a realização de ações de caráter emergencial e burocráticas, entre outras, reduzindo o escopo de atuação profissional.

O Assistente Social que trabalha em hospitais dispõe de instrumentos próprios no cotidiano profissional, contudo, segundo Iamamoto (2005), o profissional deve ter propriedade de 03 dimensões: ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, não podendo ser desenvolvidas de forma separada, na medida em que a atuação se dá de forma despolitizada.

Assim, o processo de qualificação continuada é fundamental para a sobrevivência no mercado de trabalho. Estudar, pesquisar, debater temas, reler livros e textos não podem ser atividades desenvolvidas apenas no período da graduação ou nos “muros” da universidade e suas salas de aula. Se no cotidiano da prática profissional o Assistente Social não se atualiza, não questiona as demandas institucionais, não acompanha o movimento e as mudanças da realidade social, estará certamente fadado ao fracasso e a uma reprodução mecânica de atividades, tornando-se um burocrata, e, sem dúvidas, não promovendo mudanças significativas seja no cotidiano da

população usuária ou na própria inserção do Serviço Social no mercado de trabalho. (SOUZA, 2008, p. 122).

Nesse sentido, os objetivos da ação profissional devem ser definidos a partir de uma reflexão crítica, propositiva, ética e política da realidade em que vivem os usuários. Assim, os instrumentos não podem ter maior relevância que os objetivos da ação profissional, do contrário, essa ação se tornará apenas uma técnica repetitiva, burocrática, impossível de perceber as múltiplas manifestações do seu próprio objeto de trabalho: a Questão Social, ou seja, “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista [...]” (IAMAMOTO, 2005, p. 27).

Frente ao exposto, os instrumentos utilizados no contexto hospitalar permitem que o Assistente Social identifique qual a manifestação da questão social mais se evidencia nesse contexto, para posteriormente criar os mecanismos de intervenção profissional. Além disso, os instrumentos possibilitam conhecer quem é de fato o público ao qual se está trabalhando no cotidiano profissional, quais os direitos desses sujeitos, que encaminhamentos devem ser feitos e etc.

Assim, destacam alguns instrumentos mais utilizados pelos Assistentes Sociais que atuam em contexto hospitalar. Nessa perspectiva, ao compor a equipe de Assistentes Sociais no hospital, e frente à compreensão de que o conhecimento da realidade é condição para o exercício profissional, o primeiro instrumento utilizado pelo profissional é a observação. Marsiglia (2006) revela que o trabalho cotidiano permite uma observação próxima da realidade, contudo estas observações acabam sendo muito assistemáticas, onde o observador acaba guardando em sua memória apenas aquilo que lhe marcou, assim a autora relata que é necessário transformar as observações assistemáticas da realidade em sistemáticas da a partir do registro.

Registrando-a de modo organizado e sistemático, podemos perceber ângulos e dimensões que não tínhamos percebido no momento em que os fatos estavam ocorrendo e, chegar a uma observação mais completa da realidade. Faz parte do arsenal profissional, do fazer profissional, passar da observação assistemática da prática, para uma observação sistemática. Se conseguirmos cumprir esta exigência, já será possível apresentarmos uma produção importante sobre a prática, sistematizar o saber profissional. Caso contrário, o conhecimento advindo da prática, o saber fazer, terá um alcance muito pequeno de disseminação: pode se perder ou quando muito, tornar-se uma imagem “esfumada” na memória de alguns que dela participaram. (MARSIGLIA, 2006, p.4).

A observação possibilita também conhecer o perfil da instituição, a estrutura física e organizacional do hospital, quais suas especialidades, normas, rotinas, quem é a população usuária dos serviços prestados, como se estrutura as relações e processos de trabalho, quais as condições/meios e demais instrumentos utilizados pelo Serviço Social da instituição e de como se dá a organização do trabalho deste.

A linguagem também apresenta grande relevância enquanto instrumento. Segundo Yamamoto, “O Serviço Social, como uma das formas institucionalizadas de atuação nas relações entre os homens no cotidiano da vida social, tem como recurso básico de trabalho a linguagem” (YAMAMOTO: 1995; p. 101). Assim a linguagem se constitui como principal instrumento do Assistente Social, pois propicia a comunicação entre o profissional, os usuários e demais profissionais que atuam no hospital, sendo um instrumento de uso contínuo, seja na modalidade escrita ou oral. Dessa forma, o uso da linguagem com os usuários não deve emitir nenhum juízo de valor, levando sempre em consideração a ética profissional.

Outro instrumento utilizado pelo Assistente Social em contexto hospitalar são as entrevistas sociais.

A entrevista é um dos instrumentos que possibilita a tomada de consciência pelos assistentes sociais das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos. (LEWGOY; SILVEIRA, 2007, p.235).

Assim, segundo Lewgoy e Silveira (2007), a entrevista enquanto instrumento de trabalho deve ser construída em 03 etapas: Planejamento, Execução e Registro. O planejamento se constitui de uma mediação teórico-metodológica, dessa forma, o Assistente Social deve ter propriedade da política social ao qual se destina o seu trabalho. “Assim, se for para a área da saúde, terá de conhecer as políticas de saúde direcionadas a determinado segmento da população (infância, adolescência, velhice, gênero) e a sua particularidade.” (LEWGOY; SILVEIRA, 2007, p.237).

Nessa perspectiva, no planejamento a entrevista deve ser construída visando os objetivos de utilizar tal instrumento, pautados sempre na ética e nos direitos dos usuários, “Não podemos é pelo temor de querer abarcar todas as expressões da realidade, elaborar uma ficha social que pode vir a expor o usuário a um inquérito”. (MATO, 2013, p. 127), ou seja, é importante planejar uma entrevista que forneça informações que de fato serão utilizadas pelo Serviço Social.

A execução requer atenção e habilidade do Assistente Social, visando à identificação das necessidades e demandas colocadas por parte do entrevistador. Por diversas vezes, essa demanda é verbalizada, contudo, em outras situações as demandas se escondem e se processam na medida em que a entrevista é realizada.

O registro da entrevista se constitui de um direito do usuário em ter a evolução do seu atendimento registrado e documentado, bem como, possibilita que demais profissionais possam ter acesso contribuindo com a integralidade do atendimento. Contudo, existe um debate em cerca de como deve ser feito esse registro, “Entendemos que o registro escrito é uma objetivação do trabalho profissional e como tal é uma expressão do exercício profissional, logo reproduz na linguagem escrita aquilo que foi feito” (MATOS, 2013, p. 110).

Dessa forma, é importante destacar a importância desse registro na medida em que se trata de informações da vida pessoal desses usuários e que vai ser disponibilizado em prontuário, atendendo ao princípio de integralidade, onde a situação do usuário deve ser analisada como um todo, atendendo os parâmetros de sigilo das informações, previsto no Código de Ética profissional, Capítulo V, parágrafo único que diz que, “Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário.” (CEFESS, 2013, p.35).

Assim, como a entrevista é um instrumento que requer certo tempo do profissional, em muitas instituições a sua utilização pode não ser privilegiada, considerando outras demandas institucionais, e da constante precarização do trabalho em que esses profissionais estão inseridos, desse modo, o quantitativo de Assistentes Sociais em determinados Hospitais é muito baixo em relação ao número de usuários, o que resulta num atendimento feito apenas por demandas espontâneas, limitando a ação profissional, o que seria um desafio para os Assistentes Sociais nesse contexto, pois, intervir numa realidade que não se conhece é praticamente inviável.

Se o que fundamenta a profissão Serviço Social é o seu trato com as diferentes expressões da questão social, nas unidades de saúde cabe a este profissional identificar os determinantes sociais, culturais, econômicos e políticos que influenciam no processo saúde-doença, mobilizando para isso recursos para o enfrentamento desta realidade. (MATOS, 2013, p. 126).

Logo, ao conhecer a realidade dos usuários, o assistente social amplia os elementos para a análise das demandas e identificação das necessidades dos usuários, o que permite uma atuação profissional condizente com as reais necessidades da população.

Nessa direção, a sistematização do trabalho é um elemento essencial do trabalho profissional, contudo o registro e organização das informações no ambiente hospitalar ainda é um desafio, sobretudo no trabalho sob o regime de plantão.

As demandas do plantão social são atendidas individualmente através de orientações diversas, encaminhamentos (internos e/ou externos), informações, providências, apoio, aconselhamento, entre outras atividades que variam de acordo com as características das unidades de saúde em que são desenvolvidos. Porém, ao observarmos criticamente a prática de alguns assistentes sociais que trabalham em plantão, detectamos muitas vezes a não sistematização de tal prática, a subordinação em relação aos objetivos institucionais, a falta de planejamento, a limitação na execução de tarefas meramente burocráticas e, principalmente a visível dificuldade de se trabalhar na perspectiva do coletivo. (MONTEIRO, 2010, p. 479-480).

No contexto hospitalar, normalmente os atendimentos do Serviço Social são registrados em livros de ocorrências visando atualizar informações para os demais membros da equipe, tanto no que se refere às atividades desenvolvidas, quanto aos e encaminhamentos necessários. Contudo, os assistentes sociais necessitam avançar no sentido da sistematização da atividade profissional o que, segundo Teixeira (2006)

A sistematização possui, ainda, um outro significado importante para a profissão, que é a sua contribuição nos processos de conquista de uma maior autonomia do Serviço Social no âmbito dos estabelecimentos onde atua. A maior e mais constante visibilidade da atividade profissional do assistente social sempre se constituiu num ponto de tensão para a própria profissão como na sua relação com a população e os demais profissionais. Neste sentido, a sistematização de seu trabalho não só auxilia o próprio reconhecimento pelo Serviço Social dos limites, dos avanços e da contribuição efetiva de sua atuação, como pode se tornar um componente importante de sua visibilidade social e institucional. (TEIXEIRA, 2006, p.5).

Importante salientar que o Assistente Social que atua em hospitais trabalha numa perspectiva de equipe multiprofissional, que Segundo Peduzzi (2001):

Assim, considerou-se que o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca

entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. (PEDUZZI, 2001, p. 108).

Para tanto, o trabalho multiprofissional em hospitais se coloca como outro desafio e uma possibilidade para a atuação do Assistente Social em contexto hospitalar. O desafio se desenvolve no cotidiano profissional e em situações objetivas, onde as relações se mantêm de forma hierarquizada e com diferentes níveis de subordinação, enviesado, portanto, por um modelo biomédico, que segundo Cutolo (2006), é um modelo que justifica a doença apenas por questões biológicas onde:

Embora seja um modelo que permite uma abordagem direta sobre o doente, é uma explicação que, se solitária, torna-se bastante reducionista. Não se preocupa nem com o contexto social, nem emocional em que estas condições podem ocorrer. (CUTOLO, 2006, p.16).

Nesta perspectiva, o modelo biomédico contrapõe o modelo de saúde defendido pela Reforma Sanitária e adotado pela categoria profissional. Atrelado a isso, ocorre à idéia histórica de que o “saber” no contexto da saúde é do médico, ou seja, o médico é o centro e a partir das suas colocações é que surgem as demais demandas. Isso toma materialidade nas reuniões multiprofissionais que ocorrem em contexto hospitalar onde, na maioria dos casos o comando das reuniões é sempre do médico, a fala inicial parte dele e após todas as discussões de casos com sugestões nos planos terapêuticos é que se questiona se existe alguma demanda social.

Em outros casos, o Assistente Social é convocado pela equipe multiprofissional para resolver “problemas” que de certa forma constituem certo incômodo à equipe, como nos casos de reivindicação dos pacientes, quando ocorre desentendimento entre a família e o médico que acompanha o caso clínico, questões complexas, como de violências no contexto hospitalar, dentre outros.

Como possibilidade, o trabalho em equipe multiprofissional é um avanço importante na saúde, na medida em que, apesar dos desafios, ainda proporciona uma análise do processo saúde – doença de forma mais ampla. Nesse sentido, as reuniões multiprofissionais são um ambiente propício para que o debate a partir de casos específicos seja feito com um olhar diferenciado, ou seja, o modelo biomédico é desafiado nesse contexto, pois questões sociais, psicológicas, estruturais são colocadas em questão. Assim, o Assistente Social encontra nessas reuniões, a

oportunidade de se posicionar enquanto profissional e de colocar as condições de vida que os usuários estão inseridos e quais mecanismos a equipe pode utilizar entendendo os determinantes e condicionantes.

Para, além disso, a equipe multiprofissional consegue perceber qual o “papel” do Assistente Social nesse contexto, pois, apesar de tantos avanços na categoria e de diversos debates sobre a atuação do Assistente Social na saúde, percebe-se que em determinados contextos, sobretudo o hospitalar, isso não fique tão clarificado. A percepção quem a equipe tem do trabalho do Assistente Social está muito relacionado à forma como este profissional faz uso de sua instrumentalidade, pois, segundo Guerra (2000):

Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano. Ao alterarem o cotidiano profissional e o cotidiano das classes sociais que demandam a sua intervenção, modificando as condições, os meios e os instrumentos existentes, e os convertendo em condições, meios e instrumentos para o alcance dos objetivos profissionais, os assistentes sociais estão dando instrumentalidade às suas ações. (GUERRA, 2000, p. 02).

Nesta perspectiva, pode-se dizer que o entendimento sobre e o uso da instrumentalidade, condiciona o reconhecimento social da profissão caracterizando sua função nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais, especificamente no contexto hospitalar. No atual contexto de precarização do trabalho e da própria política de saúde, o que se pode observar é que muitos Assistentes Sociais que atuam em hospitais, sobretudo em instituições de iniciativa privada, ou de parcerias público-privada, com vínculo empregatício instável, acabam sofrendo desvio de suas funções.

Assim, o profissional acaba realizando marcação de exames e consultas, regulação de pacientes, entrega de medicamentos, digitação e entrega de relatório médico, realização de ações burocráticas administrativas, realização de oficinas com fins terapêuticos, liberação de corpos para sepultamento, emissão de atestados/declarações de acompanhamento, confecções de lembranças para funcionários e usuários em datas comemorativas, dentre outras funções que não se constituem em atribuições profissionais.

Estão sendo aqui consideradas como não atribuições dos assistentes sociais aquelas ações que possuem um caráter eminentemente técnico-administrativo, como também aquelas que demandam uma formação técnica específica (de outras profissões da saúde) não contemplada na formação profissional dos assistentes sociais (CFESS,2010, p.47).

Conforme aponta o documento, essa justificativa, nem sempre é compreendida pela equipe de saúde, em razão da dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho, razão pela qual necessita ser amplamente discutida no ambiente hospitalar.

3.3 AS RESPOSTAS DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE À VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

As respostas profissionais em contexto hospitalar no que refere às demandas e necessidades ocasionadas pela violência intrafamiliar estão permeadas por limites e possibilidades. Para tanto, normalmente ocorrem através do acolhimento à família e/ou acompanhantes dos usuários, entrevista social, discussão dos casos com equipe multiprofissional, contato com recursos comunitários e rede de apoio no atendimento à criança e adolescente, realização de encaminhamentos, e orientações diversas às famílias e equipe.

A violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente aparece como demanda ou necessidade em contexto hospitalar de diversas formas e é percebida pelo Assistente Social a partir dos atendimentos realizados durante acolhimento ou acompanhamento dos casos além de demandas espontâneas levantadas por parte dos usuários ou da equipe multiprofissional.

Tratar deste fenômeno em contexto hospitalar requer muita cautela por diversos motivos. Primeiro pela própria complexidade deste fenômeno, assim, a violência intrafamiliar não pode ser analisada de forma tão simplificada na perspectiva de causa e efeito, mas como produto de um contexto social e cultural entrelaçado por relações de poder estabelecidas. O Assistente Social necessita de um olhar ampliado deste fenômeno, compreendendo-o como uma manifestação da questão social, para planejar uma intervenção com a finalidade de assegurar a essa criança ou adolescente o seu direito a vida e a saúde.

Na complexidade desse contexto, vale salientar que muitas vezes essa criança ou adolescente é admitido na unidade hospitalar em companhia do (a) violentador (a), ou seja, a violência que ocorre no seio familiar chega à unidade hospitalar com as suas mais diversas consequências implantadas na vida no vitimizado. Nesse sentido, a equipe multiprofissional quando se depara com casos de violência contra a criança e o adolescente, devem ter ciência de que o adulto que conduz esses sujeitos até ao hospital para ser atendidos, pode ser o agressor (a).

Nem sempre a violência se apresenta de forma aparente, nesse sentido, a criança ou adolescente admitida na unidade hospitalar por qualquer outro motivo patológico e na abordagem é identifica indícios de que ocorre violência. Segundo Monteiro (2010).

Uma das problemáticas que envolve essa questão do desvendamento da violência é a falta de conhecimento e competência teórica e técnica desse profissional que está atendendo, seja pela não inserção dessa temática nos currículos dos cursos de graduação dos profissionais de saúde, seja pela falta de comprometimento do profissional. Em qualquer um dos casos, o principal prejudicado é o usuário, ao qual será negado o direito à promoção de sua saúde e da sua qualidade de vida. Além disso, mais à frente, como bem se sabe, estaremos retroalimentando o círculo vicioso da violência social. (MONTEIRO, 2010 p. 487).

Nesse contexto, detectar indícios de violência também é um desafio preponderante para o Assistente Social, contudo, o profissional deve utilizar da dimensão investigativa, construída ao longo do seu processo de formação e reconhecimento profissional, visando olhar para além do aparente, compreendendo a essência do fenômeno.

A investigação é inerente à natureza de grande parte das competências profissionais: compreender o significado social da profissão e de seu desenvolvimento histórico, identificar as demandas presentes na sociedade, realizar pesquisas que subsidiem a formulação de políticas e ações profissionais, realizar visitas, perícias técnicas, laudos, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social, identificar recursos. Essas competências referem-se diretamente ao ato de investigar, de modo que, de postura a ser construída pela via da formação e capacitação profissional permanente (cuja importância é inquestionável), a investigação para o Serviço Social ganha o estatuto de elemento constitutivo da própria intervenção profissional. (GUERRA, 2009, p. 712).

Logo, os indícios de que a criança ou adolescente sofre ou sofreu qualquer tipo de violência devem ser investigados. Para tanto o Assistente Social conta com o apoio da equipe multiprofissional nesse processo de apuração dos fatos, em

análises que não lhe compete tecnicamente (sinais biológicos ou psicológicos), mas que são fundamentais para afirmar ou negar os indícios.

Todo profissional de saúde tem momentos especiais de contato com as crianças, os adolescentes e suas famílias – recepção, vacina, curativos, farmácia, grupos de educação em saúde, consulta médica, odontológica, de enfermagem e psicológica, visita domiciliar, dentre outros. Esses momentos são oportunos e criam condições favoráveis para que se observe a existência de sinais e sintomas que possam ser resultantes de uma situação de violência. Possibilitam também a promoção dos cuidados necessários para a proteção e bem-estar da criança ou do adolescente e orientação às famílias para a prevenção e superação da violência. (BRASIL, 2010, p. 36).

Assim, no cotidiano profissional, o Assistente Social lida com um acervo exclusivo de informações das condições de vida dos usuários, que lhe permite analisar os fatos. Nesse sentido, no momento da abordagem é possível obter informações sobre a criança e o adolescente no sentido de perceber se de fato seus direitos estão sendo assegurados, como o de ser vacinado, por exemplo, caso não esteja, esse pode ser um indício de negligência por parte da família.

Para, além disso, ocorrem casos em que a família nem sabe que está sendo violenta, principalmente, nesses casos de negligência. São eventos em que o Assistente Social é o mais solicitado pela equipe médica, na tentativa de refletir com esse familiar as conseqüências deste ato sobre a criança ou adolescente.

Contudo, por diversas vezes ocorre por parte da equipe multiprofissional, incluindo o Assistente Social, uma prática repetitiva em casos diversos e com realidades distintas, a partir do entendimento que se tem da negligência, sem problematizar e refletir sobre o conceito deste tipo de violência. Na maioria dos acontecimentos a negligência é analisada numa perspectiva moral e pode representar falta de atenção, descuido ou até preguiça, por exemplo, logo, reforça uma idéia de prejulgamento em relação ao outro.

Assim, casos de negligência em diversas ocorrências são entendidos sem qualquer relação com a totalidade desses sujeitos, desconsiderando os determinantes sociais em que estão inseridos.

Famílias que vivem e convivem em condições-limite de vida e sobrevivência, muitas vezes perpassadas pelo uso/abuso de drogas, desemprego/subemprego, exposição às diversas manifestações de violência, fragilidade dos vínculos familiares, entre outros desdobramentos da questão social, frequentemente são questionadas pelos profissionais acerca da capacidade protetiva em relação a suas crianças e adolescentes, ocupando então um lugar de completa responsabilização pela oferta de

cuidados e serviços a esses sujeitos, sem trazer para o debate a fundamental presença do Estado como provedor de um sistema de garantia de direitos. (BERBERIAN, 2015, p. 50).

Dessa forma, a análise que gira em torno do fenômeno da negligência deve ser feita de forma crítica e investigativa, o Assistente Social nesse contexto, é demandado a se posicionar diante de casos de negligência e deve se apossar de sua capacidade de fazer essa leitura diante de realidades fragilizadas em que as condições de vida desses usuários, contribuem diretamente na forma como é dada essa proteção e inclusive na qualidade de saúde das crianças e adolescentes. Não cabe aqui, afirmar que crianças e adolescentes que possuem condições de vida favoráveis não sofram violência intrafamiliar, contudo é evidente que pobreza se amplia as possibilidades da ocorrência de violências.

Assim, como possibilidade de ação do Assistente Social, está à construção de um Projeto de Intervenção Profissional que objetive o diálogo com essas famílias sobre a temática, enfatizando os impactos da violência na saúde da criança e do adolescente e principalmente, este fenômeno se apresenta como uma forma de violação dos direitos desses indivíduos. Assim, se faz necessário abordar com essa família a responsabilidade que ela tem de assegurar desses direitos. Contudo, é importante ter clareza no sentido de não culpabilizar as famílias, pois segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, a responsabilidade não cabe somente a ela, mas a sociedade e ao Estado.

Desse modo, é importante ressaltar que o projeto de trabalho não é um mero instrumento e, muito menos, um manual a ser seguido; ele deve condensar as possibilidades e os limites colocados ao profissional para executar suas tarefas e deve iluminar sua constante avaliação da eficácia de seus instrumentos, técnicas e conhecimentos para atingir as metas propostas, que devem estar articuladas aos elementos presentes no espaço sócio-ocupacional, como também referendarem os compromissos profissionais. (COUTO, 2009, p.4).

Contudo, ao refletir com essas famílias sobre a violência contra a criança e adolescente, visando à compreensão deste fenômeno e as possibilidades de enfrentamento, estas podem inclusive perceber que em algum momento de suas vidas sofreram violência quando eram crianças ou adolescentes. Ou seja, existem casos em que a violência é passada de geração a geração, onde se faz necessário um processo de intervenção profundo, com acompanhamento psicológico, inclusive por parte dessa família.

Portanto, a construção e execução de um Projeto de Intervenção Profissional nesta perspectiva se constitui como uma possibilidade de enfrentamento da violência, enquanto uma manifestação da questão social, nesse contexto, seus resultados ultrapassam as paredes do campo hospitalar, na medida em que o Assistente Social orienta esses sujeitos numa ação socioeducativa alinhado ao projeto ético-político da profissão.

Cabe destacar que se tem como premissa que a ação sócio-educativa dos Assistentes Sociais pode contribuir para o fortalecimento de processos emancipatórios, nos quais há a formação de uma consciência crítica dos sujeitos frente à apreensão e a vivência da realidade, sendo ela, também, facilitadora de processos democráticos, garantidores de Direitos e de relações horizontais entre profissionais e usuários, ao mesmo tempo em que projeta a sua emancipação e a transformação social. (LIMA, 2006, p. 137).

No campo da ação profissional frente à violência intrafamiliar em contexto hospitalar, a atuação do Assistente Social é traçada numa perspectiva que vai do acolhimento ao seguimento na rede de cuidado e de proteção social. Contudo, nesse caminho a ser percorrido existem alguns desafios a serem enfrentados.

O acolhimento facilita muito a abordagem com a pessoa que se encontra num contexto de violência. Muitas vezes a criança ou o adolescente não se sente à vontade para falar do que viveu na presença de familiares, até porque esses podem ser os próprios autores da violência. A criação de um ambiente em que a criança e o adolescente e sua família se sintam seguros e confiantes, com oportunidade de expressar o que sentem e conversar sobre a situação de violência na qual estão envolvidos, é de grande valia. (BRASIL, 2010, p. 53)

Quando os indícios de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente são confirmados existem medidas que devem ser tomadas baseadas nas leis que protegem esses sujeitos de direitos. Nesse sentido a legislação brasileira, em que pese os desafios, vem avançando no combate a violência como uma forma de violação de direitos da criança e do adolescente.

Assim a Constituição de 1988, mas precisamente em seu Art. 227º, estabelece que a família, o Estado e a Sociedade são atores essenciais na garantia dos direitos da criança e do adolescente, principalmente ao colocá-los a salvo de toda forma de violência em seus diversos tipos. O Estatuto da Criança e do adolescente – ECA (1990) se apresenta também como um marco importantíssimo nesse contexto, onde em seu Art. 5º nos diz que nenhuma criança ou adolescente deve ser objeto de

violência e que aquele que omitir casos como esse devem ser punidos. Importante salientar a Lei do Menino Bernardo (2014) que altera a lei que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, na medida em que visa modificar a cultura existente no país, de educar e cuidar desses sujeitos com uso de castigos físicos.

Nesta concepção, o Ministério da saúde implementou em 2006 a Vigilância de Violências e Acidentes -Viva, onde um de seus componentes trata da vigilância em saúde contínua feita pela notificação compulsória, onde em 2009 o VIVA passa a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, onde em 2011 o Ministério da Saúde com vistas a padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do SUS, nos informa em seu Art. 7º que:

A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os Artigos. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. (BRASIL, 2011).

Assim, a notificação compulsória é um importante instrumento no combate a violência intrafamiliar que se apresenta no contexto hospitalar, contudo, a lei estabelece que não compete apenas ao Assistente Social notificar esses casos, mas é obrigatório a todos os profissionais de saúde

No trabalho coletivo, a notificação é um elemento preponderante, mas que ocorre de forma insuficiente nesse contexto. Nesse sentido, alguns fatores devem ser ponderados ao analisar a qualidade e a quantidade das notificações, sejam elas: “a caracterização da violência, o conhecimento da equipe de saúde e a subnotificação” (SANTOS; SOUZA; ROCHA; SILVA, 2014, p.560). Nessa perspectiva o entendimento que se tem por parte da equipe multiprofissional sobre a violência influencia diretamente na ação desses profissionais. Segundo Saliba e colaboradores (2007), foi feita uma análise nos Códigos de Ética das categorias médica, odontológica, de enfermagem e psicologia a fim de perceber como é tratada a questão da violência.

Nenhum desses documentos apresenta a expressão “violência doméstica” explicitamente. Porém, alguns artigos fazem referência à obrigação que estes profissionais têm de zelar pela saúde, dignidade e integridade humana. Assim, as normas específicas de cada profissão prevêm, mesmo que implicitamente, a necessidade que os trabalhadores da área de saúde

têm de denunciar as situações de violência a quem for competente. (SALIBA; GARBIN; GARBIN; DOSSI, 2007, p. 475).

No entanto, no Código de Ética do Assistente Social mais precisamente no Capítulo VI, que trata das relações com entidades da categoria e demais instituições, é relatado no Art. 13º parte b, que é dever do profissional:

Denunciar, no exercício da Profissão, às entidades de organização da categoria, às autoridades e aos órgãos competentes, casos de violação da Lei e dos Direitos Humanos, quanto a: corrupção, maus tratos, torturas, ausência de condições mínimas de sobrevivência, discriminação, preconceito, abuso de autoridade individual e institucional, qualquer forma de agressão ou falta 35 Código de Ética de respeito à integridade física, social e mental do/a cidadão/cidadã; (CFESS, 2012, p.34-35).

A violência intrafamiliar é um fenômeno cuja intervenção deve incluir a participação de toda a equipe de saúde. No entanto, a equipe multiprofissional se sente despreparada em lidar com as vítimas, provavelmente por não saber como proceder diante de casos de violência contra a criança e o adolescente. Dessa forma, as unidades hospitalares devem investir em treinamentos e capacitações sobre a temática, sobretudo, em como notificar os casos à rede de atenção e proteção social favorecendo a integralidade no atendimento.

[...] é fato que a conscientização da sua importância, a quebra de idéias pré-concebidas e o treinamento correto para diagnosticar situações de violência são condições necessárias para que o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar, a quem for competente, essa realidade que se apresenta de forma tão expressiva no cotidiano dos seus atendimentos, seja qual for a sua área de atuação. (SALIBA; GARBIN; GARBIN; DOSSI, 2007, p. 476).

Nos casos em que a notificação compulsória não é feita pela unidade hospitalar, o Assistente Social pode encaminhar relatório social para os órgãos de defesa da criança e do adolescente de forma a possibilitar o acesso às medidas de proteção e acompanhamento pelas demais instâncias de proteção à criança e ao adolescente.

A violência, como um dos graves problemas de saúde, exige um trabalho em rede, de forma articulada, baseado na solidariedade e na cooperação entre organizações que, por meio da articulação política, negociam e partilham recursos de acordo com os interesses e necessidades. A construção de redes pressupõe que as decisões sejam adotadas de forma horizontal nos princípios de igualdade, democracia, cooperação e solidariedade. (BRASIL, 2010, p.77).

Portanto, as decisões tomadas a partir da integração horizontal permitem que instituições se unam, na perspectiva da implementação da rede de proteção à criança e adolescente.

Para melhor entendimento de como funciona essa rede, vale salientar que esta funciona da forma intrassetorial e intersectorial. Em linhas gerais a rede intrassetorial de saúde dialoga com o próprio setor da saúde, tendo a atenção primária como coordenadora territorial. Dessa forma, o hospital faz parte da rede intrassetorial, juntamente com as unidades de pronto atendimento – UPAs, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPs, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, dentre outros. A rede intersectorial dialoga com serviços para além da saúde, que compõem os sistemas de proteção social, justiça e direitos humanos, segurança pública, e etc. Nessa perspectiva, a rede intersectorial comporta os Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, os Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, o Conselho Tutelar, as delegacias especializadas, varas da infância e da juventude, o Ministério Público, dentre outros.

Nesse sentido, o diálogo entre as redes intrassetorial e intersectorial constitui o modelo de atenção integral à saúde de crianças e adolescentes, pois “extrapola ainda a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada dos serviços de saúde, que requer o trabalho articulado com outras políticas sociais no território.” (BRASIL, 2010, p.89).

Nesta perspectiva o Assistente Social que atua em contexto hospitalar, deve conhecer a rede redes de apoio à criança e ao adolescente do território ao qual atende nesse contexto, o Conselho Tutelar – CT, tem sido o principal órgão a receber notificações de caso de violência por parte dos hospitais, assim como definido no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, as atribuições deste órgão são:

- I - Atender as crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos arts. 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII;
- II - Atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando as medidas previstas no art. 129, I a VII;
- III - Promover a execução de suas decisões, podendo para tanto:
 - a) requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;
 - b) representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações.

- IV - Encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente;
- V - Encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;
- VI - Providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária, dentre as previstas no art. 101, de I a VI, para o adolescente autor de ato infracional;
- VII - expedir notificações;
- VIII - requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente quando necessário;
- IX - Assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente;
- X - Representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos no art. 220, § 3º, inciso II, da Constituição Federal;
- XI - Representar ao Ministério Público para efeito das ações de perda ou suspensão do poder familiar, após esgotadas as possibilidades de manutenção da criança ou do adolescente junto à família natural.
- XII - Promover e incentivar, na comunidade e nos grupos profissionais, ações de divulgação e treinamento para o reconhecimento de sintomas de maus-tratos em crianças e adolescentes. (ECA, 1990, Art. 136).

Contudo o Conselho Tutelar enfrenta uma série de problemas que giram em torno da precarização dos serviços prestados e da grande demanda de casos recebidos. Em Salvador, existem apenas 18 Conselhos Tutelares⁵, alguns desses abrangem 70 bairros, como é o caso do CT II da Barroquinha com área de abrangência no centro da cidade. Sendo assim, as demandas extrapolam as condições técnicas de maioria dos Conselhos Tutelares, impossibilitando um contato pessoal com a equipe de saúde.

Assim, o aumento da demanda aos serviços de proteção à criança e ao adolescente se coloca como um grande desafio aos órgãos que compõem essa rede de apoio, conseqüentemente, o Assistente Social que tem um posicionamento em favor da universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender como se dá a atuação do Assistente Social frente à manifestação da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente em contexto hospitalar.

Entendendo que as relações familiares se traduzem em espaços de conflitos onde ocorrem diversos tipos de violências, não podemos deixar de considerar que

⁵ Informação obtida pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Relação disponível em: http://www.cmdca.salvador.ba.gov.br/images/box_downloads/RELACAO_DOS_CONSELHOS_E_SUAS_RESPECTIVAS_AREAS_DE_ABRANGENCIAS_ATUALIZADO_2016.pdf

vivemos numa sociedade capitalista marcada pela dominação de classe e de profundas desigualdades sociais, ou seja, não são todas as crianças e adolescentes que terão seus direitos assegurados e muito menos todas as famílias terão condições objetivas e subjetivas de garantir esses direitos. A violência intrafamiliar pode atingir crianças e adolescentes independente da classe social que este venha a pertencer, contudo, é inegável afirmar que existem fatores preponderantes para que crianças em situação de vulnerabilidade social sejam mais suscetíveis em ser violentados.

Assim, os casos de violência intrafamiliar chegam como demanda nos serviços de saúde, sobretudo nos hospitais, logo, o Assistente Social deve estar apto junto à equipe para identificar e intervir nas manifestações desse fenômeno. Nesse processo foram encontrados limites e possibilidades dessa ação.

Os limites encontrados estão numa perspectiva macro, no sentido em que as condições de inserção e de trabalho, ao qual o Assistente Social está inserido acabam afetando diretamente a sua ação profissional frente à questão da violência. Por diversas vezes por não dispor de condições materiais e estrutura física adequada, o atendimento integral a essas vítimas acaba sendo comprometido e ações de intervenção junto às famílias acabam sendo prejudicadas.

Assim, apesar das inúmeras possibilidades de intervenção profissional frente à violência intrafamiliar no contexto hospitalar, existem condições de trabalho que não são favoráveis a essa ação em razão dos limites colocados pelas instituições no procedimento dessa ação, existe uma rede de apoio fragilizada por um sistema de precarização de trabalho que é estrutural.

Ainda assim, o Assistente social deve encarar as possibilidades sem perder de vista a garantia de direito das crianças e do(a) adolescente nesse contexto. O profissional pode fazer o mapeamento da rede de apoio à criança e ao adolescente da região ao qual o usuário reside, visando um acompanhamento para além dos “muros” do hospital.

Outro desafio é colocado no cotidiano da sua ação. Vale salientar que geralmente os casos de violência, principalmente física e sexual podem gerar certa desestabilização na equipe multiprofissional, ocasionado pela falta de preparo desses profissionais em lidar com tal fenômeno. Assim, o Assistente Social pode propor ações que visem discutir tal temática junto à equipe, com o objetivo de ampliar a o debate sobre o enfrentamento desse fenômeno.

Outro fator preponderante é a subnotificação de casos de violência, entendendo a necessidade de realizar a notificação compulsória, esta se torna um desafio para o Assistente Social e equipe multiprofissional, pois, muitos deles se sentem despreparados para lidar com tal instrumento. Sugere-se dessa forma, uma reformulação dessa notificação compulsória, visando a dificuldade no preenchimento da mesma por parte desses profissionais. Ainda assim, uma possibilidade seria o encaminhamento do caso através de relatório social para as redes de apoio a criança e ao adolescente, nesse relatório, deve conter informações precisas sobre o caso levando em consideração o sigilo das informações e deve ser anexado ao relatório médico com informações do quadro clínico dessa criança e adolescente.

Esses encaminhamentos chegam à rede apoio, contudo existem outros fatores preponderantes para que esta rede não funcione em alguns casos. A violência intrafamiliar exige ação imediata na medida em que essa criança e adolescente convive diariamente com o (a) agressor (a), correndo o risco de sofrer novas agressões. Apesar dos desafios da própria rede de atenção a criança e ao adolescente, acredita-se que o Conselho Tutelar encaminhe os casos de forma rápida ao Ministério Público, órgão que tem competência de afastar a vítima desse contexto de violência, por exemplo.

Vale frisar, que durante a construção desse trabalho contactou-se o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e a Assessoria dos Conselhos Tutelares de Salvador visando colher um quantitativo de encaminhamentos feitos pelas unidades de saúde da cidade para acompanhamento de casos de violência contra a criança e o adolescente. Contudo, essa procura foi sem êxito, frente a diversas repostas, caracterizando que de fato o Conselho Tutelar não tem esses dados sistematizados. Isso afeta diretamente a dimensão que o órgão pode ter de tal problemática e de como pode criar estratégias para acompanhar casos de violência nesse contexto.

Então, assim a partir dos desafios encontrados ao longo do processo de construção deste trabalho recomendam-se propostas para novas pesquisas nesse âmbito. Vale enfatizar a dificuldade de acesso as informações referente a casos de violência pelo SINAM, um sistema complexo que necessita de um treinamento específico para o seu manuseio, o que impossibilitou uma análise aprofundada dos dados. Assim, sugiro novas pesquisas sobre as dificuldades encontradas pelos

profissionais de saúde ao alimentar esse sistema com as notificações compulsórias e na sistematização de dados computados.

Importante sinalizar uma limitação encontrada no momento de discutir a atuação do Assistente Social em contexto hospitalar, no que se refere a pouca quantidade de estudos sobre o tema. Logo, proponho novas pesquisas e estudos sobre esta temática e inclusive sobre a violência como manifestação da questão social expressa no campo da saúde.

REFERENCIAS

_____. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Brasil, 2017. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/o-sinan>. Acesso em 30/07/2017.

_____. Ministério da Saúde. **Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde**. Brasil, 2017. Disponível em: <http://www.suvisa.ba.gov.br/content/sobre-dis>. Acesso em 30/07/2017.

_____. Constituição (1824). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1824.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Estatuto da criança e do adolescente. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

ADORNO, Theodor W; HORKHEIMER, Max. Sociologia da Família. In: CANEVACCI, Massimo (org). **Dialética da Família**, -2ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1982.

ALVIN, R.; VALLADARES, L. P. Infância e sociedade no Brasil: uma análise da literatura. In: **Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais (BIB)**, Rio de Janeiro, n. 26, 1988.

AMARILHA, Marly. **Infância e literatura: traçando a história**. Revista Educação em Questão. Natal: EDUFRN, v. 10/11, p. 126-137, 2002.

ARIÈS, Philiphes; DUBY, Georges. **História da vida privada**. Traduzido por Maria Lúcia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 1990, v. 2.

ARIÈS, Philippe: **História Social da Criança e da Família**, Tradução: Dora Flaksman Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

AZEVEDO, Maria Amélia e GERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Mania de bater: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil**. São Paulo: Editora iglu, 2001.

AZEVEDO, Maria Amélia. **Os desafios na abolição do disciplinamento corporal de crianças e adolescentes: a realidade brasileira**. São Paulo, 1994.

BAPTISTA, Myrian Veras. Algumas reflexões sobre o sistema de garantia de direitos. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 109. Ano 2012, p. 179-199.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Rev.Esc.Enf.USP, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BÍBLIA, A. T. Gênesis. In BÍBLIA. Português. **Sagrada Bíblia Católica: Antigo e Novo Testamento**. Tradução de José Simão. São Paulo: Sociedade Bíblica de Aparecida, 2008, p. 202-203.

BOSCHETTI, Ivanete. Agudização da barbárie e desafios ao Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 128, p. 54-71, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 296.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. MOTA, Ana Elizabete; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (orgs). Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. – 4. Ed. – São Paulo. Editora Cortez, 2009, PP. 88 – 110.

BRAVO, Maria Inês Souza. A política de saúde no Brasil. 2000 **Revista Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Online. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf Acesso em 20 de março de 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. – 1. Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. – 3. Ed. – São Paulo. Cortez, 2010.

CAMPOS, Ernesto de Souza. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, Departamento Nacional de Saúde, 1944.

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface (Botucatu). 2005; 9 (16): 161-77.

CHAUI, Marilena. **O que é ideologia.** São Paulo: Brasiliense, 1ª. ed., 1980.

CORDEIRO, Sandro da Silva; COELHO, Maria das Graças Pinto. **Descortinando o conceito de infância na história: do passado à contemporaneidade.** Junho. 2007. Disponível em: http://www2.faced.ufu.br/colubhe06/anais/arquivos/76SandroSilvaCordeiro_MariaPintoCoelho.pdf Acesso em: 28/02/2017

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**, nº 62, São Paulo, Cortez, 2000.

COUTO, Berenice Rojas. Formulação de projeto de trabalho profissional. In: CFESS/ABESS (Orgs.). *Serviço social: direitos sociais e competências profissionais.* Brasília: CFESS/Abepss, 2009.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelo Biomédico reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

DAY, Vivian Peres. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Rev. Psiquiátrica. Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, suppl.1, p. 9-21, abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1>. Acesso em 28/06/2017.

DE ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira. Retomando a temática da “sistematização da prática” em Serviço Social. 2006.

DE NORONHA, José Carvalho; DE NORONHA, Gustavo Souto; COSTA, Ana Maria. A revolta contra os pobres: saúde é para poucos. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 13-19, 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-32429> Acesso em 09 de agosto de 2017

FALEIROS, V. P. Infância e processo político no Brasil. In: RIZZINI, Irene e PILOTTI, Francisco (orgs.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.** – 3. Ed - São Paulo: Cortez editora, 2011. Rio de Janeiro: CIESPI/PUC - Rio.

FALEIROS, Vicente de Paula. Infância e Adolescência: trabalhar, punir, educar, assistir, proteger. In: **Revista Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social**, Ano 1, nº 1. Rio de Janeiro, 2004.

FALEIROS, Vicente de Paula. Políticas para a infância e adolescência e desenvolvimento. In: **Políticas sociais - acompanhamento e análise.** IPEA, 11 de agosto de 2005, p. 171 a 177.

FERRARI, Dalka chaves de Almeida; VECINA, Tereza Cristina Cruz. **O fim do silêncio na violência familiar**: teoria e prática. Editora. Agora, 2002.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, 2009.

GAGNEBIN, Jeanne Marie. Infância e Pensamento. In: GHIRALDELLI, Jacques. A individualização da criança. In: Ariès, P (org.). **História da vida privada**. Traduzido por Hildegard Feist. São Paulo: Companhia das Letras, 1991, v. 3.

GIRARD, René. **A violência e o sagrado**. Trad. Martha Conceição Gambini. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista, 1990.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. - 5. Ed. – São Paulo: Editora Cortez, 2005.

GUERRA, Yolanda. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/Abepss, 2009. p. 701-718. Disponível em: http://www.histedbr.fae.unicamp.br/revista/edições/28/art15_28.pdf. Acesso em 16/02/2017

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Renovação e conservadorismo no serviço social: ensaios críticos**. 3. ed. São Paulo, Cortez, 1995.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 5ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. - 39. ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

IANNI, Octavio. Ditadura e agricultura. 1981

Império. In: PRIORE, Mary Del (org.). **História das Crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1999.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Maria Carvalho. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. In: **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre v. 6 n. 2 p. 233-251. jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/2315/3245>>. Acessado em 02 de agosto de 2017.

MARCÍLIO, Maria Luiza. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil. Em FREITAS. Marcos Cezar de (Orgs.). **História social da infância no Brasil** - p.51-76. São Paulo: Cortez, 1999.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Orientações básicas para a pesquisa. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. Cortez, 2011.

MATOS, Maurílio Castro de. Serviço Saúde e Saúde: reflexões sobre o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Brasília: Ministerio da Saude: 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(3): mai-jun, 2004, p. 646-647.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violências e acidentes na pauta do setor saúde. In: **Violência e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807-00.pdf> Acesso em 30/06/2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, v. 2, 2004.

MOREIRA, Maria Ignez Costa; SOUSA, Sônia Margarida Gomes. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. **O social em Questão**, v. 15, n. 28, p. 13-26, 2012.

MOTA, Ana Elizabete. 80 years of the Brazilian Social Work: historical achievements and challenges in the current situation. **Serviço Social & Sociedade**, n. 128, p. 39-53, 2017.

MUZA, Gilson Maestrini. A criança abusada e negligenciada. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v. 70, n. 1, p. 56-60, jan. /fev. 1994.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço social; uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 1991.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, MZ; ALMEIDA FILHO, N. - **Epidemiologia & Saúde**, Rio de Janeiro, MEDSI, 2003, 6 ed, p. 567-71)

Paulo (Org.). **Infância, Escola e Modernidade**. São Paulo: Cortez Editora, 1997, p.83-100.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEREIRA, Almir Júnior. Um país que Mascara seu Rosto. In: PEREIRA, Almir Júnior; BEZERRA, Jaerson Lucas e HERINGER, Rosana (org.). **Os Impasses da Cidadania: Infância e Adolescência no Brasil**. IBASE, Rio de Janeiro, 1992.

PEREIRA, Isabel Brasil. Interdisciplinaridade. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/int.html> Acesso em 02 de agosto de 2017.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez, 2002.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em 02 de agosto de 2017.

POSTMAN, Neil. **O desaparecimento da infância**. Graphia, 1999.

PRIORE, Mary Del. O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o RAMOS, Fábio Pestana. A história marítima das crianças nas embarcações portuguesas no Século XVI. In: PRIORE, M. D.(Org). **História das crianças no Brasil**. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2007.

REDIN, Euclides. A representação da criança: visão histórica. IN: REDIN, Euclides. **O espaço e o tempo da criança: se der tempo a gente brinca**. Porto Alegre: Mediação, 1998.

RIZZINI, Irene e PILOTTI, Francisco (orgs.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. – 3. Ed - São Paulo: Cortez editora, 2011. Rio de Janeiro: CIESPI/PUC - Rio.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do Profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-477, jun. 2007. DOI:10.1590/S0034-89102007000300021.

SANCHEZ, Raquel Niskier; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. **Violência faz mal à saúde**. – 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 29-38.

SANTOS, Benedito Rodrigues dos; TORRES, Abigail Silvestre; NICODEMOS, Carlos; DESLANDES, Suely Ferreira. Desenvolvimento de Paradigmas de proteção para crianças e adolescentes brasileiros. In: **Teoria e Prática dos Conselhos Tutelares e Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente**. ASSIS,

Gonçalves de (org.) et AL. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Aurora, 2009.

SANTOS, João Diógenes Ferreira dos. **As diferentes concepções de infância e adolescência na trajetória do Brasil**. Revista HISTEDBR Online – n.28. Campinas, 2007, p.224 –238, Disponível em:

SANTOS, MARIA TERESA e MANFROI, Vania Maria. **Condições de trabalho das/os assistentes sociais: precarização ética e técnica do exercício profissional**. EM PAUTA, Rio de Janeiro _ 2o Semestre de 2015- n. 36, v. 13, p. 178 – 196.

SILVA, W. S.; BARROSO JÚNIOR, U. O. Abuso sexual contra a criança: desafios no campo da pesquisa, avanços do combate no Brasil e no mundo e o papel do pediatra. **Pediatr. Mod.** São Paulo, v. 50, n. 8, p. 353-357, ago. 2014.

SOCIAL, Conselho Federal de Serviço. Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde. **Brasília, CFESS**, 2010.

SOUSA, Charles Toniolo de. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. In: **Emancipação, Ponta Grossa**, 8(1): 119-132, 2008. Disponível em <http://www.uepg.br/emancipacao>. Acesso 02 de agosto de 2017

STOTZ, Eduardo Navarro. Participação Social. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/parsoc.html> Acesso em 02 de agosto de 2017.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**.- 6. Ed. – São Paulo. Cortez Editora, 2009, PP. 76-80.

YAZBEK, Maria Carmelita. Estado e políticas sociais. **Praia Vermelha**, v. 18, n. 1, 2008.

ZOTTIS, Graziela Aline Hartmann; ALGERI, Simone e PORTELLA, Vera Catarina Castigli. Violência intrafamiliar contra a criança e as atribuições do profissional de enfermagem. **Família, Saúde e Desenvolvimento Social**. Curitiba, v.8, n.2, p.146-153, maio/ago. 2006.