



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MARIA BRUNA MALTA DA SILVA

**DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À
VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PERSPECTIVAS PARA A
GARANTIA DE DIREITOS**

RECIFE
2025

MARIA BRUNA MALTA DA SILVA

**DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À
VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PERSPECTIVAS PARA A
GARANTIA DE DIREITOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal de
Pernambuco como requisito final para
obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social, sob orientação da Prof.
Raquel Cavalcante Soares.

Aprovado em : 19 / 08 / 2025

BANCA EXAMINADORA

Raquel Cavalcante Soares

Prof. (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Delaine Cavalcanti Santana de Melo

Prof. (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Maria Bruna Malta da.

Desafios do Serviço Social na Saúde no Enfrentamento à Violência Contra Crianças e Adolescentes: Perspectivas para a Garantia de Direitos / Maria Bruna Malta da Silva. - Recife, 2025.

73 p., tab.

Orientador(a): Raquel Cavalcante Soares

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2025.

Inclui referências, anexos.

1. Saúde Pública. 2. Direitos de Criança e Adolescentes. 3. Violências Contra Crianças e Adolescentes. 4. Serviço Social. I. Soares, Raquel Cavalcante. (Orientação). II. Título.

360 CDD (22.ed.)

AGRADECIMENTOS

“Não fui eu que lhe ordenei? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar.”
Josué 1:9 – Bíblia Sagrada

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, por ter me guiado nesta trajetória que não foi nada fácil e cheia de obstáculos. Nos momentos bons ou ruins ele sempre esteve comigo, me ensinando sobre paciência e persistência. A presença dele me mostrou o poder da perseverança e espera, o meu lema durante esta trajetória virou “tudo pode não sair como planejado, mas tudo com certeza dará certo no final”, por que foi assim que a graduação foi acontecendo.

Agradeço a mim, por não ter desistido quando tudo estava mais difícil, por não ter deixado que a negatividade tomasse espaço nos meus pensamentos, e por sempre demonstrar coragem (mesmo não tendo) ao enfrentar o novo.

Agradeço a minha família, que sempre entendeu a importância da educação e me motivou durante o tempo de graduação. Minha família nunca foi cheia de diálogos sentimentais, nos comunicamos através de atitudes, minha mãe sempre esteve interessada nos assuntos sobre a faculdade e já meu irmão Luan, nunca escondeu a felicidade em ver a irmã fazendo a graduação num curso que defende um posicionamento plural e democrático.

Agradeço ao meu noivo, Roberto, que desde o início da minha aprovação, sempre se dedicou a me ajudar para que eu permanecesse na faculdade. Desde a verificação de documentos da matrícula, até o comparecimento nas fotos de formatura, ele sempre esteve lá. Obrigada por fazer do meu sonho, o nosso sonho!

Agradeço aos amigos que participaram da minha trajetória acadêmica, dando destaque especial à Beatriz, minha colega de turma que viveu comigo momentos inesquecíveis nesta faculdade tão caótica. Essa amizade, é daquelas que somam e que farei questão de preservar.

Agradeço a todos os profissionais que compõem o curso de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco. Vocês foram essenciais no meu processo de construção e aprendizagem, irei guardar todos esses ensinamentos com carinho, espero futuramente me tornar uma assistente social capaz de articular o meio acadêmico à prática, assim como vocês tanto falam kkk.

Por fim, gostaria de agradecer imensamente à minha orientadora Raquel, que esteve presente em todo processo de construção deste trabalho. Uma profissional que é grande referência na área da saúde, para mim, foi uma honra poder receber orientações de alguém que me inspira. Obrigada por tudo!

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) aborda a questão dos desafios na atuação do Serviço Social na saúde no enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes. O objetivo desta pesquisa é discutir os desafios que afetam a atuação do Serviço Social na saúde no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência. A pesquisa foi desenvolvida sob a perspectiva do materialismo histórico-dialético, que compreende que as relações sociais devem ser apreendidas e criticadas, junto à isso, o projeto se apoiou a uma análise que se deu a partir de uma pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo, que buscou artigos que tratavam sobre a temática e que possuíam palavras similares aos descritores: *Serviço Social, criança e violência*. Constatou-se, por fim, a existência de inúmeros desafios que dificultam a atuação dessa categoria nos encaminhamentos de casos de violência contra crianças e adolescentes nos serviços de saúde, entre eles, é possível citar a fragilidade intersetorial, o despreparo da equipe e a inexistência de um fluxograma base voltado a violência infanto-juvenil. Além disso, também foram identificadas estratégias relevantes que auxiliam os profissionais na construção de intervenções integrais e humanizadas, sendo estas, a estratégia da educação em saúde, a capacitação continuada, e o trabalho coletivo entre as equipes multi no Sistema Único de Saúde. Estes resultados, indicam que o Serviço Social neste campo, deve estar em aprimoramento contínuo a fim de superar os obstáculos que muitas vezes limitam sua intervenção.

Palavras-chaves: Saúde Pública. Direitos de Crianças e Adolescentes. Violências contra Crianças e Adolescentes. Serviço Social.

ABSTRACT

This project addresses the challenges faced by social services in healthcare in addressing violence against children and adolescents. The objective of this research is to discuss the challenges affecting social services' role in assisting children and adolescents who are victims of violence. The research was developed from the perspective of historical-dialectical materialism, which understands that social relations must be understood and criticized. Furthermore, the project was supported by an analysis based on qualitative bibliographic research, which sought articles addressing the topic and containing similar terms to the descriptors: social services, children, and violence. Finally, it was found that numerous challenges hinder the role of social services in referring cases of violence against children and adolescents to healthcare services. Among these are intersectoral weaknesses, underprepared staff, and the lack of a basic flowchart for child and adolescent violence. Furthermore, relevant strategies were identified to assist professionals in developing comprehensive and humane interventions, including health education strategies, ongoing training, and collaborative work among multi-teams within the Unified Health System. These results indicate that social work in this field must continually improve to overcome the obstacles that often limit its intervention.

Keywords: Public Health. Children's and Adolescents' Rights. Violence against Children and Adolescents. Social Work.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

A.S - Assistente Social

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

OMS - Organização Mundial da Saúde

CAPS - Caixas de Aposentadoria e Pensões

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MESP - Ministérios da Educação e Saúde Pública

IAPS - Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

ONGS - Organizações da Sociedade Civil

FEBEM - Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor

ONU - Organização das Nações Unidas

CBAS - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação.

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

DPCA - Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - PORCENTAGEM DE MORTES VIOLENTAS INTENCIONAIS.....	36
--	----

SUMÁRIO

1. Introdução.....	9
2. A Política de Saúde no Brasil: História e Transformações.....	13
2.1 Entre o Privilégio e Exclusão: A Saúde Brasileira na Década de 1930 à 1980.....	13
2.2. A Construção do SUS: De 1980 Até os Dias Atuais.....	18
2.1.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente.....	24
2.3. Retrocessos e Resistência: Reformas Neoliberais e o Desmonte das Políticas de Saúde.....	26
3. A Violência Contra Crianças e Adolescentes no Brasil.....	32
3.1 A Violência como Questão de Saúde Pública: Tipologias seus Impactos na Sociedade Brasileira.....	33
3.2 Panorama Histórico da Violência Contra Crianças e Adolescentes no Brasil	39
3.3 Estatuto da Criança e do Adolescente: Marco Legal que Atua na Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente.....	46
4. Serviço Social na Saúde e o Enfrentamento a Violência contra Crianças e Adolescentes.....	53
4.1 Inserção Histórica do Serviço Social e sua Prática Profissional na Saúde Brasileira.....	53
4.2 Desafios e Estratégias do Serviço Social na Saúde no Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência.....	59
4.2.1 Prática do Serviço Social e seus Desafios.....	60
4.2.2 Estratégias de Intervenção acerca da Violência Contra Crianças e Adolescentes nos Serviços de Saúde.....	64
5. Considerações Finais.....	68

1. Introdução

O Serviço Social brasileiro atua na área da saúde desde sua origem. É possível observar que essa atuação enfrenta desafios constantes que dificultam o planejamento e execução das intervenções de casos como os de violência contra crianças e adolescentes. Em 1988, após várias lutas que reivindicavam a saúde como um direito básico de todo cidadão, a Constituição Federal foi criada, estabelecendo no seu Artigo 227 que: “[...] É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Antes disso, crianças e adolescentes eram tratados como pequenos adultos e referidos como "menores", sendo ignoradas como sujeitos de direitos, essa parcela social que sofria diversos tipos de violência, costumava não ser ouvida, levando em consideração que os pais ou responsáveis possuíam total poder sobre a criança/adolescente e muitas vezes, a violência era vista como uma forma de “processo educativo” como afirma Minayo (2001). Todavia, nota-se, que mesmo após a consolidação da “Constituição Cidadã”, o número de casos de violência infantil aumenta gradativamente, de acordo com dados da Unicef (2024), a cada quatro minutos, em algum lugar do mundo, um menino ou menina morre em decorrência de um ato de violência.

Em situações como esta, se faz necessário uma maior intervenção do Estado capacitando profissionais, através da formação continuada e aqui, particularmente, assistentes sociais - tendo em vista ter relação com nosso objeto de estudo - através de ações, leis e políticas públicas que combatam a violência tratando-a como um crime. Por esse motivo, o presente trabalho justifica-se pela urgência de discutir os desafios que afetam a atuação do Serviço Social na saúde no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, levando em consideração que a violência, além de ser uma questão de saúde pública, deve ser

tratada como um fenômeno que pode deixar sequelas irreversíveis. Portanto, é fundamental, pontuar os obstáculos e apresentar estratégias a fim de ampliar a garantia dos direitos e potencializar a intervenção dos assistentes sociais nesses casos, que infelizmente, ainda permanecem com índices preocupantes no território nacional.

Neste sentido, o presente TCC tem como objetivo geral discutir os desafios que afetam a atuação do Serviço Social na saúde no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, pois, compreender os desafios que dificultam o fortalecimento dessa atuação é de extrema importância para entender por que esses casos ainda possuem números alarmantes. Para alcançar o objetivo geral, será feito uma análise levando em consideração, os seguintes objetivos específicos: Compreender a questão da violência contra crianças e adolescentes e como ela se manifesta na sociedade; Descrever as práticas do Serviço Social hospitalar no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência e por fim, Identificar os desafios que dificultam a articulação do Serviço Social hospitalar e outras redes de apoio.

A pesquisa será guiada pelo método do materialismo histórico dialético, aquele que segundo Coelho (2023), é responsável por pressupor que a investigação deve partir das relações sociais concretas e é baseado através das transformações na história. Assim, ela descreve que: “[...] A lógica dialética permite observar que a história é permeada por movimentos e contradições. Como um constante pôr-se no mundo, as relações sociais precisam ser apreendidas, criticadas e reconstruídas”. Ademais, o trabalho se expressa como um estudo de tipo qualitativo, constituído como aquele que estuda se baseando em sentimentos, motivos, crenças, atitudes e etc, conforme define Minayo (2002), e possui uma abordagem descritiva, aquela que descreve as características de um determinado fenômeno.

Os estudos foram analisados a partir de um levantamento bibliográfico e documental. Segundo Fonseca (2002, p. 32) “[...] a pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites”. Dessa forma, os bancos de dados utilizados foram o Google, Google Acadêmico e Scientific Electronic Library Online - Scielo, em que foi feita uma leitura e

sistematização de artigos e relatos de experiência que abordam a questão do enfrentamento a violência infantil produzidos nos últimos 10 anos e que se enquadram nos descritores; *Serviço Social, criança e violência*. Já o levantamento documental com base em documentos governamentais, foram selecionados com base em políticas, regulamentações e marcos legais que discutem sobre a violência e a atuação do Serviço Social dentro de hospitais.

Os principais documentos e regulamentações institucionais usados para nortear a produção desse projeto são: a Lei Federal n. 8.069/1990 conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o documento que discorre sobre Os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde (CFESS, 2010), A Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1998) e o Código de Ética de 1993 do Serviço Social (CFESS, 1993).

Ademais, este trabalho foi estruturado através de três capítulos somado à introdução e às considerações finais. O primeiro capítulo, trata da política de saúde no Brasil, sua história e transformação, ele se divide em três itens que contam sucessivamente, a história da saúde brasileira da década de 1930 à 1980; de 1980 até os dias atuais e o terceiro item, conclui, trazendo os retrocessos e o desmonte das Políticas de Saúde. Este capítulo, tem uma exposição que se baseia em autores como Bravo (2013), Hochman (2005), Braga e Paula (1986), para tratar da história da saúde, e segue com os estudos realizados por Netto (1991) acerca do processo de renovação do Serviço Social. Por fim, as contrarreformas dentro do SUS foram expostas levando em consideração o estudo de Behring e Boschetti (2011).

Posteriormente, o segundo capítulo trata sobre a violência contra crianças e adolescentes no Brasil, o mesmo também está dividido em três itens que, em ordem, discutem a violência como questão de saúde pública; descrevem a história desse fenômeno no Brasil e traz a criação do Estatuto da Criança do Adolescente. Para produção deste capítulo, foram utilizados autores como, Minayo (2001), Monteiro (2024) e Miranda (2016), para tratar sobre a violência, e a problematização e definição da questão social se deu a partir da visão de Yamamoto (2001). O terceiro e último capítulo, discute sobre o Serviço Social na Saúde e seu enfrentamento a violência contra crianças e adolescentes, o capítulo dividido por dois itens, aborda a inserção histórica do Serviço Social na saúde e revela os desafios e estratégias utilizadas no atendimento às vítimas de violência. O capítulo

teve como principais referenciais os estudos de: Stefani (2021), Campoamor (2024), Wanderley (2020), Guiotti (2016), e Araújo et al (2018).

A realização da presente pesquisa acerca da violência contra crianças e adolescentes, pretendeu evidenciar como ela se estrutura na sociedade, e como o Brasil lida com essa questão de saúde pública, realizando um resumo histórico da trajetória da política de saúde no país. Somado a isso, a pesquisa evidenciou o papel do assistente social enquanto profissional da saúde, e descreveu os principais desafios que o Serviço Social enfrenta nos serviços de saúde no atendimento a essas vítimas, revelando por fim, possíveis estratégias e ações que os profissionais do Serviço Social podem utilizar para combater estes empecilhos no cotidiano.

2. A Política de Saúde no Brasil: História e Transformações

É necessário analisar em primeiro momento, o contexto histórico da saúde no Brasil e suas transformações até o sistema vigente. Desse modo, o primeiro capítulo deste projeto será responsável por expor o tratamento da saúde pública brasileira, destacando suas lutas e vitórias.

2.1 Entre o Privilégio e Exclusão: A Saúde Brasileira na Década de 1930 à 1980

Em 1930, durante a Era Vargas, observa-se um cenário favorável que possibilitou alguns avanços no campo das políticas sociais e programas voltados à saúde que anteriormente eram ignorados. Fazendo uma breve recapitulação, até a chegada da década de 1930, a saúde era tratada como um serviço disponível para aqueles que pudessem pagar, serviço este, que só foi instaurado graças aos tensionamentos do movimento operário que clamava por melhores condições no trabalho e nos serviços de saúde, que eram ofertados a partir de ações médico-assistenciais tradicionais e não científicas, conforme aponta Bravo (2009).

Os que não tinham condições de pagar pelos serviços dependiam das Santas Casas de Misericórdia, instituições de caráter filantrópico e religioso criadas pela Metrópole para atender os cidadãos ignorados pelo Estado e que careciam dos serviços de Saúde. A Lei Eloy Chaves de 1923, foi um primeiro ganho na luta dos trabalhadores, pois, através dela, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) conhecida como a Assistência-Médico Previdenciária, as CAPS passaram a ser responsáveis pelos serviços de saúde dos trabalhadores que contribuía. Alguns atendimentos previstos, segundo Bravo (2009, p.122) foram [...]"Assistência médico-curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral."].

Entretanto, nem todos os trabalhadores conseguiam ter acesso a tal serviço, haja vista, que o mesmo era gerenciado por empresas privadas. Com isso, embora

existisse um mínimo serviço disponível, poucos tinham o privilégio de acessar. Aqueles que não eram assistidos pelas CAPS, nem podiam pagar pelo atendimento médico liberal, eram vistos como “indigentes” e recorriam às Casas de Misericórdia, ou simplesmente tinham suas necessidades sociais em saúde ignoradas pela sociedade e pelo Estado.

Seguindo este raciocínio, e entendendo o contexto anterior, à saúde até então não tinha sido observada com um olhar minimamente democrático. Em 1930, com a chegada do governo Vargas num período inicia-se forte processo de industrialização, e em decorrência desse processo surge a necessidade da criação de algumas políticas sociais. Segundo Bravo (2009), era necessário que o Estado respondesse de forma política as expressões da questão social emergentes com o objetivo de atenuar as relações do capital e do trabalho, decorrente das mobilizações dos movimentos operários. Desse modo:

A intervenção do Estado, via políticas sociais, visava à desmobilização e a despolitização da classe operária, com um discurso integrador e paternalista, ocultando a luta de classes. A preocupação era de extinguir a violência na solução dos conflitos, zelando pela ordem pública. (Bravo, 2009, p.128)

Nesse sentido, o Estado passou a entender que para se ter uma industrialização promissora era necessário, mediar as tensões que existiam na sociedade causadas pelas contradições inerentes do modelo econômico capitalista. O Estado, naquele momento, prometia uma República Nova para um novo homem brasileiro. Hochman (2005), aponta que algumas características marcantes da Era Vargas foram as ações pautadas no reconhecimento dos trabalhadores brasileiros, através da modernização, nacionalismo, controle político e discursos que tinham como objetivo buscar legitimidade nas massas populares. Para conseguir tais feitos, o governo de Vargas utilizou-se de alguns veículos da mídia. Alguns deles foram:

- Departamento Oficial de Publicidade, que existiu entre 1931 e 1934;
- Departamento de Propaganda e Difusão Cultural (DPDC), entre 1934 e 1938
- Departamento Nacional de Propaganda (DIP), que existiu entre 1938 e 1939.

Todos esses departamentos foram responsáveis por fazer propagandas políticas e disseminar a ideologia com o uso do rádio e da imprensa escrita. Essa manobra fez com que o presidente pudesse ter um controle sobre as informações que circulavam na sociedade. Porém, Vale ressaltar, que durante o Governo Vargas o Brasil passava por altas taxas de mortalidade proveniente de doenças infecciosas e parasitárias. De acordo com Hochman (2005), a febre amarela ainda era uma questão de saúde que impactava a população e a tuberculose ainda era uma das principais causas de morte da época.

Isto posto, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) ainda em 1930, revelava o início de uma trajetória na política de saúde que apesar de passos lentos, iria culminar no Sistema de Saúde atual. Contextualizando, o MESP, era uma proposta que centralizava as ações de educação e saúde, ele era responsável por cuidar de todos os assuntos relacionados a saúde e possuía serviços que eram destinados aos chamados “pré-cidadãos”, aqueles que eram pobres e não possuíam condições de pagar.

Analisando os acontecimentos, o Estado passou a atuar na saúde a partir de duas formas: a primeira continuava a ser de forma contributiva com os antigos CAPS que em 1933 passaram a ser chamados de Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS) e a segunda era através da saúde pública com o MESP. Algumas ações do Ministério na área da saúde, segundo Hochman (2005), foram: combater a malária, tuberculose, febre amarela, e interiorizar a saúde pública com uma agenda sanitária. Neste sentido:

As preocupações com a saúde do homem rural estavam diretamente vinculadas a doenças infecto-contagiosas, que implicavam riscos à coletividade, e marcaram a atuação do MES. Toda a estrutura administrativa se construiu tendo como prioridade o combate às doenças transmissíveis eleitas como prioritárias, como pode ser observado na organização dos serviços nacionais. O campo de atuação da saúde pública foi sendo delimitado a partir da conjugação da verticalização das ações políticas e o foco em doenças endêmicas e infecto-contagiosas voltadas para a “saúde das populações”. (Hochman, 2005, p.136)

Os IAPS por outro lado, tinham como objetivo aumentar o número de empregados incluídos nos serviços e dar maior abrangência ao sistema que ainda era muito restrito. Algumas das ações do IAPS eram assistir associados no período de adoecimento, incapacidade ou morte do chefe de família e garantir aposentadorias. Porém, conforme publicação da INFRAPREV, (2024) alguns

obstáculos, podem ser analisados, quando observa-se que, por ser um fundo individual para cada categoria, resultava que algumas eram mais beneficiadas que outras e as gestões descentralizadas ocasionaram em conflitos, levando em consideração, que existiam vários regimes previdenciários diferentes com pouca integração para instaurar políticas previdenciárias a nível nacional.

Em 1953, é importante destacar um marco para a política de saúde que se configurou no desmembramento do MESP e criação do Ministério Nacional de Saúde, este, se encarregou através do Departamento Nacional de Saúde, de abranger serviços de atendimento às enfermidades como os de assistência médica, saneamento, controle de doenças transmissíveis e etc, conforme aponta Bravo (2009). Após a morte de Getúlio Vargas, os governos que vieram a se seguir, não tinham como prioridade a questão da saúde, e esta passou por um tempo sem grandes melhorias ou inovações. Juscelino Kubitschek, por exemplo, valorizou a política econômica em detrimento das políticas sociais e o presidente Jânio Quadros que antecedeu o golpe de 1964 se utilizava de práticas autoritárias que eram contrárias às massas.

Seguindo as transformações econômicas e sociais, no início da década de 1960, já é possível observar um novo olhar em torno da questão saúde passando a ser associada ao desenvolvimentismo econômico. O Regime Autoritário instaurado a partir de 1964 dava prioridade para uma modernização e forte financiamento do setor industrial. Segundo Netto (2017), o foco principal das tendências que vinham a se seguir era de um padrão dependente do sistema capitalista, pautado em interesses imperialistas e que possuíam articulações políticas que visavam excluir representantes políticos comprometidos com interesses populares através de discursos anticomunistas.

As políticas de saúde, nesse período, favoreciam o setor emergente privado de saúde com as chamadas “empresas médicas”, e as ações de saúde que eram organizadas pelos antigos IAPS passaram a integrar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que realizava ações centradas apenas no tratamento da doença, de baixa qualidade e com altos custos, mas que pela primeira vez incluía trabalhadores rurais dentro das categorias de empregados, conforme aponta Passos (2023).

A mortalidade infantil, continuava a ser uma questão preocupante. A falta de políticas públicas que amparassem mulheres grávidas e crianças na primeira

infância, faziam com que estes públicos fossem mais suscetíveis a agravos na saúde. Segundo dados do IBGE, entre 1960 e 1968, a mortalidade infantil subiu de 62,9 para 83,8 (por mil habitantes) em São Paulo e a principal causa de morte se dava principalmente pela desnutrição. Nesta lógica, a saúde que caminhava a passos de se tornar uma política mais democrática, passou a ser novamente tratada como uma questão familiar, apenas dos indivíduos e sem grandes responsabilizações pelo Estado.

Todavia, ao analisar a realidade brasileira, e a sua interminável transição entre o conservadorismo e a inovação, é válido afirmar que a instauração de várias políticas sociais fundamentais, se deu graças à luta de vários movimentos sociais que foram essenciais nesta guerra contra um sistema que exclui e explora: o capitalismo.

Assim sendo, em 1979, um documento produzido pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), chamado “A Questão Democrática da Saúde” denunciou o esquecimento da política de saúde e as péssimas condições de vida em que os brasileiros estavam inseridos no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal. O documento denuncia questões como convênios com empresas médicas, a falta de financiamento público, e a privatização dos serviços em favorecimento dos donos de empresas médicas, sem ações de prevenção que combatam os reais problemas da época. Um ponto imprescindível deste documento, foi a formulação de encaminhamentos criados pelo coletivo (CEBES) que revelava uma emergente organização popular que lutava por uma saúde universal e de qualidade. Destacam-se, desta maneira, as seguintes reivindicações:

3 - Criem um Sistema Único de Saúde.

4 - Atribuem ao Estado a responsabilidade total pela administração deste sistema.

5 - Delequem ao Sistema Único de Saúde a tarefa de planificar e executar uma política nacional de saúde; que inclua: a pesquisa básica, a formação de recursos humanos, a atenção médica individual e coletiva, curativa e preventiva, o controle ambiental, o saneamento e a nutrição mínima à sobrevivência de uma população hígida.

7 - Organizem este Sistema de forma descentralizada, articulando sua organização com a estrutura político-administrativa do país em seus níveis federal, estadual e municipal, estabelecendo unidades básicas, coincidentes ou não com os municípios, constituídas por aglomerações de população que eventualmente reuniram mais de um município ou desdobraram outros de maior densidade populacional. Esta descentralização, tem por fim viabilizar uma autêntica participação democrática da população nos diferentes níveis e instâncias do sistema, propondo e controlando as ações planejadas de suas organizações e

partidos políticos representados nos governos, e assembleias e instâncias próprias do Sistema Único de Saúde. (CEBES, 1979, p.12)

Seguindo este raciocínio, e partindo para o fim de 1970 e começo de 1980 um movimento chamado de “Movimento da Reforma Sanitária” começa a surgir. Este movimento, colocava em pauta o péssimo quadro de saúde da época e reivindicava, sobretudo, a saúde como direito de todos dever do Estado. Ainda em 1978, acontece o primeiro debate acerca de um novo modelo de saúde que foi mobilizado de forma política por várias das entidades já citadas anteriormente. Assume-se, neste momento, um levante coletivo em busca de uma saúde pública verdadeiramente acessível a todos que dela necessitam.

2.2. A Construção do SUS: De 1980 Até os Dias Atuais

Este item, está reservado para descrever os próximos passos na política de saúde que culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A luta foi iniciada, vários segmentos sociais estavam prontos para reivindicar o SUS, e a conjuntura atual apresentava um cenário favorável para esta conquista. No início dos anos 1980, o Brasil adentrava numa enorme crise econômica proveniente do ciclo de crescimento das atividades capitalistas sem controle consequentes do período ditatorial.

A década de 1980, ficou conhecida por muitos pesquisadores como “A década perdida”, isto porque o país passou por uma grande crise econômica. No ponto de vista econômico, (IPEA, 2012), destaca que a realidade enfrentada pelo Brasil na época era vivenciada pela aceleração das taxas de inflação, balanços de pagamentos, instabilidade monetária e cambial entre outras situações que fizeram o país despencar no ponto de vista desenvolvimentista.

Por outro lado, a República passava por um período de “redemocratização”, a ditadura militar estava no fim. Apresentando uma visão crítica sobre o cenário brasileiro da época, o quadro possibilitou avanços políticos e sociais que marcaram a história do país, tendo em vista que, foram consolidados espaços de coordenação para políticas sociais antes sequer imaginadas. Neste sentido, analisa-se que a democracia estava para ressurgir.

Segundo Luz (1991), a mobilização do Movimento da Reforma Sanitária se caracterizou num processo de transição entre um regime ditatorial para um regime democrático. Desta maneira:

A reforma sanitária se tornou um tema original face à história das políticas sociais no Brasil. Neste sentido, ela representou uma exigência de mudança estrutural, determinada pelo conjunto da sociedade civil, mais do que uma simples reivindicação de vanguardas políticas. O próprio movimento social a apoiou, e vários atores políticos a consideraram como tema prioritário de discussão das políticas públicas. (Luz, 1991, p. 89)

Dessa forma, o enfoque central neste período brasileiro se tornou o debate em torno da saúde pública independente de movimento ou partido político, muito pelo contrário, observa-se uma articulação feita por todo o conjunto de cidadãos brasileiros.

Luz (1991), apresenta o conceito chamado de “burguesia da saúde”, essa burguesia era formada justamente por proprietários de grandes hospitais e clínicas privadas, ligados ao setor farmacêutico e que não queriam, sob maneira alguma perder lucratividade, logo, para esses indivíduos, a ideia de uma saúde universal e gratuita não estava presente sequer na agenda estatal. A autora elucida que os interesses contraditórios, se manifestam na política de saúde o que acaba por dificultar, para além dos discursos e das normas, à prática de transformações consistentes:

Contudo, apesar dos impasses e obstáculos encontrados, a luta continuou e em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, e pela primeira vez na história, se planejou um encontro que contava com a participação da sociedade civil organizada, tendo como principal tema “Saúde como direito de todos e dever do Estado.” seus encaminhamentos foram imprescindíveis para a institucionalização do SUS. Os assuntos tratados no encontro de acordo com o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde (1986) foram: A saúde como direito, A reformulação do sistema nacional de saúde e O financiamento setorial.

Após um ano em 1987, foi realizada a Assembleia Nacional da Constituinte, um encontro que teve como intuito elaborar uma Constituição mais democrática, neste dia foram fomentados os debates acerca da temática dos direitos sociais e a questão das ações voltadas à saúde no documento que viria a ser a Constituição Federal promulgada em 1988. A Constituinte, recebeu como participantes os

deputados federais e senadores eleitos, que tinham poder de elaborar de fato a nova constituição, e os outros membros da assembleia em sua maioria faziam parte do Centro Democrático como o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) organizações estas que estavam à frente da luta por melhorias nas áreas da saúde e por melhores condições de trabalho para a classe proletária. Behring e Boschetti (2011), descrevem que a Constituinte foi um processo árduo de mobilizações e contra mobilizações e os textos revelaram a disputa da hegemonia e do interesse privado.

O Estado em 1987, posterior à Assembleia Nacional da Constituinte implementou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O objetivo principal deste sistema era fazer uma espécie de “teste” e simular como seria a atuação de um sistema dessa magnitude até que o SUS fosse instalado. Nesse sentido, o SUDS, atuou realizando ações como a unificação dos sistemas (Ministério da Saúde e INAMPS - Ministério da Previdência e Assistência Social) através de convênios feitos com os Governos Estaduais. Esse sistema visava a universalização da cobertura e a descentralização dos serviços, conforme aponta Souza (2002).

Seguindo este cenário, o Brasil estava a poucos passos de ser reconhecido como um país que possuía um sistema de saúde amplo e universal, que atuava para todos aqueles que precisassem dele, seja de forma direta ou indireta. Posto isso, em 1988 se tem a tão esperada institucionalização do SUS pela Constituição Federal de 1988, através desse ato, não só a saúde passou a ser vista como dever do Estado mas também a Assistência Social e a Previdência Social.

Seguindo esta lógica, com status de políticas públicas, a Assistência Social, a Previdência Social e a Saúde passaram a compor o pilar da Seguridade Social brasileira. Em 1990, o SUS foi regulamentado com as Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8.080/1990, Segundo Passos (2023), ela era responsável por garantir a organização dos serviços e regulamentar a promoção, proteção e prevenção dentro dos serviços de saúde. Ainda em 1990, se tem a lei nº 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde. O artigo 196, da Const. de 88, destaca a nova concepção de saúde para todos os cidadãos, assim sendo, a saúde se torna um direito garantido mediante políticas sociais e econômicas que tem por finalidade, a redução de riscos de doenças e outros agravos.

Para se entender o funcionamento do SUS faz-se necessário, conhecer o que seria a Seguridade Social e de que forma ela é implementada. Desse modo, parte-se do pressuposto de que na sociedade deve haver uma ordem social. Para isso, esse conjunto integrado de ações conhecido como Seguridade Social, tem o dever de assistir a população com serviços de saúde, assistência e previdência. Logo, de acordo com Brasil (1991) [...] "Art. 1º A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social."]. Por este ângulo, foram firmadas algumas diferenciações e critérios de acesso para cada política que faz parte do tripé da seguridade. Passos (2023), descreve elas da seguinte maneira:

- Saúde - direito de todos, dever do Estado, independente de contribuições.
- Previdência Social - direito do trabalhador e de seus dependentes, de caráter contributivo e compulsório para trabalhadores/as formais.
- Assistência Social - direito de todos os que necessitam, independente de contribuição.

Vale ressaltar que a Seguridade Social possui alguns princípios e diretrizes enquanto órgão pilar fundante, ela tem como dever disponibilizar através de suas políticas a: universalidade da cobertura e do atendimento; a equidade na forma de participação no custeio; a seletividade e distributividade na prestação dos benefícios; a diversidade da base de financiamento; a irredutibilidade do valor dos benefícios; o caráter democrático e descentralizado da administração, gestão quadripartite; a uniformidade e equivalência dos benefícios e dos serviços prestados às populações urbanas e rurais. Assim descreve a Lei N° 8.212 de 24 de julho de 1991.

Analisando as características de cada política e o caráter democrático central, destaca-se que a luta por um sistema de saúde igualitário foi vencida e agora basta entender como ele irá funcionar. Souza (2002), em primeiro momento, revela quem são os gestores que trabalham em conjunto para implementar o SUS. Nota-se, que foi definido a partir da existência de gestores a partir de três níveis, sendo eles o nacional, através do Ministério de Saúde, o gestor estadual, através das Secretarias Estaduais e o gestor municipal, através das Secretarias Municipais.

Esse conjunto de agentes, ficaram responsáveis por fazer não apenas a implementação do sistema como também, de financiá-lo. Souza (2002) ainda destaca outras responsabilidades como:

- Formulações de políticas
- Coordenação, regulação, controle e avaliação dos sistemas/redes e prestadores de serviços
- Prestação direta dos serviços de saúde

A partir desta configuração, os gestores devem seguir os princípios e diretrizes do SUS. No Art. 188 da Constituição Federal esses princípios são a descentralização; o atendimento integral tanto das necessidades biológicas, quanto sociais e a participação da comunidade.

Sabendo que o SUS atua nos três níveis de governo, a área de Atenção Primária à Saúde (APS), se caracteriza de acordo com Brasil (2022), como o primeiro nível e principal porta de entrada para o SUS, esta área oferece a promoção, proteção, prevenção e recuperação dos usuários dentro dos serviços de saúde, além de atuar de maneira mais próxima, realizando visitas à domicílios ou escolas, ela funciona como um filtro que organiza o fluxo dos serviços, dos mais simples aos mais complexos. Segundo Brasil (2022), nesta área se destacam programas como:

- **Programa Mais Médicos (PMM):** Criado em 2013, este programa possui o intuito de levar mais médicos para regiões onde existe escassez ou falta deles com o objetivo de viabilizar um atendimento descentralizado.
- **Previne Brasil:** Criado em 2019, fornece financiamento baseado no número de usuários de cada região e ações como, as de saúde bucal; consultórios na rua; informatização dos serviços.
- **Estratégia Saúde da Família (ESF):** Criado em 1994, este trabalho é realizado por equipes multiprofissionais, que atuam ampliando o acesso e fortalecendo a relação entre as famílias e as unidades de saúde.

Outrossim, temos o chamado nível de média complexidade em saúde que se divide entre a secundária e terciária. Este nível se concentra no atendimento

especializado por serviços que se encontram, principalmente, em Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h). De acordo com Brasil (2022), [...]“A integração entre os dois níveis de atenção em saúde compõem uma rede organizada em conjunto com a atenção primária, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o SAMU 192.

É geralmente o acolhimento na atenção primária que encaminha, quando necessário, os pacientes para atenção especializada de média complexidade.”]. Neste sentido, pode-se observar algumas ações realizadas por esses espaços de cuidado, por exemplo, nas UPAS, policlínicas e hospitais ações de média complexidade se caracterizam por atendimentos iniciais de casos cirúrgicos e traumas, investigações de diagnósticos iniciais; fraturas e cortes; infartos e derrames e etc. Os casos não resolvidos são repassados dessa forma, para o último nível chamado de nível de alta complexidade.

No último nível encontram-se os hospitais de alto porte como os hospitais universitários, e que possuem leitos com Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e centros de cirurgia maiores. Brasil (2022), descreve que na alta complexidade são oferecidos atendimentos para casos que demandam de uma certa tecnologia e mais equipamentos especializados; partos de alto risco e transplantes. Os casos que vão para a alta complexidade são aqueles incomuns e que precisam de uma maior atenção.

É importante expor que diferentemente das décadas passadas, o Sistema Único de Saúde trabalha muito com a questão das particularidades de cada indivíduo, se anteriormente o adoecimento era associado a questões pontuais, atualmente ele começa a ser associado a causas muito mais profundas e críticas. Pensando nisso, é válido salientar que o SUS pensando nessas particularidades criou políticas que a nível nacional atuam dentro dos três níveis de atenção à saúde promovendo o bem estar físico e social. Segundo Passos (2023) podemos entre estas citar:

- **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas** - Instituída em 1999, desenvolve ações articuladas com equipes multi dentro dos distritos e territórios indígenas.

- **Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher** - Instituída em 2011, essa política garante o acesso integral a todas as mulheres independente de

raça/cor, etnia e classe social, promove ações voltadas à saúde reprodutiva e de prevenção e recuperação da mulher. E a política deixa claro a questão de tratar as mulheres como cidadãs independentes e de direitos com serviços mais interseccionais e preconceituosos quanto aos tabus patriarcais.

Em suma, o SUS é um conjunto de ações administradas por gestores federais, estaduais e municipais que atuam de forma direta ou indireta em prol da saúde pública. Algumas de suas ações são a vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral e etc. O caminho travado até a conquista do SUS junto à Constituição Federal de 88 não foi fácil, aqui foi analisado o quadro anterior do país quando não se existiam serviços públicos de saúde e se predominava a mortalidade, partindo então, para uma transição permeada por conflitos econômicos e sociais num período de redemocratização, e por fim, chega-se ao resultado final com ganhos para as massas populares que sempre estarão marcados na trajetória brasileira.

Com o sistema de saúde instalado e pronto para agir, os impasses e desafios que vão ser enfrentados daqui para frente são outros, porém, apesar de estarem com novas roupagens, estes desafios permanecem sendo aqueles que sempre estiveram presentes na histórica política do país.

2.1.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

Levando em consideração que o objeto de pesquisa deste TCC é discorrer sobre os desafios que o Serviço Social enfrenta especificamente na área da saúde da criança e do adolescente, faz-se necessário analisar de maneira mais aprofundada a política criada através do SUS para atender esses usuários.

Instituída pela portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (PNAISC), propõe-se a promover para crianças de 0 até 15 anos, um acesso específico e humanizado, seja no processo de parto; aleitamento materno; situações de violências; questões com deficiência ou vulnerabilidades e prevenção de óbitos infantis, Brasil (2015). Em seu Art. 2º, a PNAISC afirma que tem como função: “[...] Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira

infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.”

A fim de atingir os objetivos descritos acima, a política se estrutura a partir de 7 eixos estratégicos, sendo estes:

1- Atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, ao nascimento e ao recém-nascido, que segundo Brasil (2015), garante a humanização nos procedimentos de obstetrícia e acompanhamento durante o período de gestação. Geralmente esse serviço se encontra disponível na rede primária.

2- Aleitamento materno e alimentação complementar saudável: O Ministério da Saúde possui uma iniciativa que disponibiliza leite materno para mães que não conseguem produzir o próprio leite através dos Bancos de Leite Humano (BLH).

3- promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: Também realizada pela rede primária esta ação possibilita o acompanhamento das crianças. Verificação de vacinas etc.

4-- Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: A política também garante a disponibilização de recursos e serviços que auxiliem no cuidado de crianças que possuem algum tipo de doença crônica, o serviço de internação domiciliar por exemplo, é um desses recursos.

5- Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: A política conta com um programa que visa a prevenção e combate das violências. Levando em consideração que a violência é o fenômeno destacado neste projeto, é válido uma análise mais aprofundada de como funciona esta estratégia. Afinal, ela está sendo colocada em prática?

A estratégia de atenção a situações que envolvam violência contra crianças e adolescentes, se estruturado da seguinte forma segundo Brasil (2015):

consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de

Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território;. (Brasil, 2015, Art. 6º)

6- Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: A rede se articula para garantir o acesso daquela criança aos mais variados tipos de serviço.

7- Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

Refletindo sobre a política, afirma-se que a legislação é muito bem articulada, no papel essa atenção à saúde da criança realmente é vista com “prioridade absoluta”. A PNAISC respalda a atuação de profissionais da saúde em setores da pediatria, emergência pediátrica, ou UTI infantil. O Serviço Social, categoria que faz parte da área da saúde, se utiliza desse e de outros aparatos para legitimar suas intervenções. Nos casos de violência contra criança e adolescente, a PNAISC através do eixo estratégico 7 guia os profissionais com ações como: incentivo a criação de protocolos de atendimento; garante a articulação da rede para acolhimento daquele indivíduo prezando pela organização dos serviços que lidam com este crime, assim afirma Brasil (2015).

Contudo, os estudos abordados ao decorrer desta pesquisa irão evidenciar que a política talvez não esteja sendo aplicada da maneira adequada pela existência de alguns desafios, o que resulta na criação de obstáculos que profissionais da saúde, em especial, assistentes sociais enfrentam. Isto posto, quais são esses desafios e porque eles estão cada vez mais presentes no ambiente de trabalho do Serviço Social?

2.3. Retrocessos e Resistência: Reformas Neoliberais e o Desmonte das Políticas de Saúde

Como exposto anteriormente, existe no país um certo embate que se apresenta de maneira diferente em cada período histórico. As ideias de Boschetti e Behring (2011), vão ser analisadas neste item a fim de entender que desafios são esses que caminham no ciclo vicioso e que sempre voltam à realidade dos

brasileiros. Mas, em primeiro momento, para fomentar o debate, é necessário analisar os conceitos de reforma e contrarreforma. De acordo com Behring e Boschetti (2011), o Brasil foi pego pelo neoliberalismo antes mesmo de começar uma verdadeira política social universal, isso por que, logo depois da criação da Constituição de 1988 e do termo de Seguridade Social, a política neoliberal foi implementada.

Anteriormente, durante a efervescência pela redemocratização pós ditadura, a Constituição foi vista como a proclamação de direitos sociais universais que garantiam a todos os cidadãos princípios como a uniformidade, diversidade, irredutibilidade e etc, infelizmente é possível perceber que com a política neoliberal do governo que estava por se iniciar, todos os deveres previstos na C.F/88 foram ignorados e descumpridos. Naquele período é possível afirmar que uma ideia de divisão entre dois grupos foi sendo percebida, então o Brasil voltou a viver num modelo em que existiam aqueles que podiam pagar por serviços através dos seguros e aqueles que eram assistidos pelas precarizadas políticas de assistências.

Ademais, as autoras afirmam ainda, que o termo reforma, amplamente associado ao Brasil na década de 80/90 tem seu uso de maneira equivocada e pragmática, pois, as verdadeiras reformas advém das ideias propostas por partidos de cunho socialista e revolucionários que lutavam por melhores condições de vida e pela classe trabalhadora, desse modo, as reformas não seriam simples ações ou atitudes mas sim mudanças significativas e estruturais. Entretanto, o termo reforma, usado por muitos inclusive pelos representantes políticos, era usado como manobra de captação mas que na prática não expressa seu sentido real, quando observa-se as ações tomadas durante o governo. Nesta lógica:

Compreender reformas democráticas, num país como Brasil, poderia implicar um processo de radicalização e de ultrapassagem do Estado-burguês, já que elas podem superar a si mesmas, considerando-se a cultura visceralmente anti democrática e conservadora da burguesia brasileira. Nas nossas paragens, não houve reformas no sentido social-democrata, mas processos de modernização conservadora ou de revolução passiva (Coutinho, 1989). Tais processos promoveram mudanças objetivas nas condições de vida e de trabalho dos “de baixo” - o que incluiu um desenvolvimento de um Estado Social, como observamos nos capítulos anteriores - mas sempre contidas e limitadas diante das possibilidades, e sempre sob controle das classes dominantes. (Behring e Boschetti, 2011, p. 151).

Refletindo sobre o exposto, no Brasil nunca se teve de fato reformas revolucionárias, mas sim, movimentos controlados que esculpiram a realidade vivenciada nos dias de hoje, os acontecimentos sofridos no período da década de 80 só foram possíveis graças a um período particular na história da república proveniente das tensões causadas pela ditadura militar. Visto isso, evidencia-se que o incômodo pós Constituição de 1988 começa a ser difundido entre a classe elitizada, e o cenário democrático, recém conquistado vai se esvaindo em prol da adesão à lógica capitalista, sendo assim, mesmo que tenha ocorrido um grande fortalecimento dos movimentos sociais, operários e dos sindicatos, não foi possível naquele momento evitar a entrada da ideia de desenvolvimento e estabilidade econômica que viria seguir.

Dessa forma, em 1990 durante o governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso o chamado “Plano Real” evidenciava uma política fiscal e monetária rigorosa, que resultou segundo as autoras Behring e Boschetti (2011), numa contra-reforma que revelou a natureza antipopular das classes dominantes. O termo “contrarreforma” surge aqui como sendo o oposto aquilo explícito nas reformas, ou seja, essas manobras não se expressam apenas em ajustes financeiros, mas redefinem a atuação estatal fragmentando direitos sociais com base na ideia do controle dos gastos públicos.

Semelhante ao discurso neoliberal no exterior como no Reino Unido ou Estados Unidos, essa ideologia se espalhou através da ideia de que o Estado intervencionista era falho, pois, a política de bem estar social ameaçava a liberdade dos indivíduos e consequentemente afetava a instabilidade das relações capitalistas, dessa forma, os neoliberais começaram a disseminar que a criação de um Estado forte que cortasse gastos sociais mantendo uma disciplina orçamentária e beneficiando as classes dominantes iriam intensificar o capitalismo. Não obstante, o Brasil segue com a mesma ideologia quando começa a se utilizar de discursos falaciosos que associam a limitação de gastos como única maneira de evitar as crises.

Nesse sentido, na década de 1990 foram adotadas medidas que instauraram o “trinômio neoliberal”. Nesta espécie de “tripé”, situam-se os princípios da descentralização, que se baseava na desresponsabilização do Estado e repasse de suas atribuições para outros órgãos; a focalização, que sucateava as políticas assistenciais fazendo os profissionais das mesmas escolherem os usuários mais

pobres entre os pobres para serem beneficiários, contrariando o caráter emancipatório e instaurando uma política imediatista; e por último, se tem a privatização, que transforma direitos básicos em mercadoria, com essa ferramenta, o Estado precariza serviços públicos ao mesmo tempo que incentiva empresas privadas de saúde a disponibilizarem seus serviços para a população.

Um aspecto importante a ser levantado, é que foi nesse período que o Estado passou a terceirizar suas responsabilidades para o então regularizado “terceiro setor”, ou seja, políticas públicas importantes que eram dever e obrigação do Estado passaram a ser terceirizadas para instituições filantrópicas e organizações da sociedade civil (ONGS), este cenário também contribui para uma desprofissionalização das intervenções pautadas em as ações imediatistas e de caráter filantrópico.

Sendo assim, o que aconteceu basicamente, foi um desmonte de tudo aquilo construído com a Constituição de 1988, e o princípio de Seguridade Social foi ignorado, se no papel estava descrito que todos que precisassem poderiam se utilizar da Política de Assistência Social, agora, apenas os mais pobres entre os pobres seriam os escolhidos, e se no papel a saúde é defendida como um direito aqui ela passa a ser tratada como uma mercadoria. Behring e Boschetti (2011) descrevem que o país vivia numa contradição entre universalidade e neoliberalismo, o que vem a seguir, é que infelizmente, a conjuntura capitalista não mediu esforços para acabar com tudo vivenciado a poucos anos pelos brasileiros.

A política fiscal, que se iniciou no governo FHC e se sucedeu no governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva, se baseava em concentração e centralização de recursos com altos juros e amortizações da dívida pública. De acordo com Sampaio (2024):

A partir da opção pelo modelo neoliberal na década de 1990, o Estado brasileiro tendeu a diminuir o seu papel como agente coordenador, planejador, indutor, investidor e empresário na economia. Nesse sentido, foram enfraquecidos os instrumentos que articulavam as regiões do país – que sob hegemonia paulista constituíram um sistema econômico nacional – prevalecendo, a partir da década de 1990, lógica concorrencial entre os territórios para captação de recursos e atração de investimentos. As reformas econômicas, como abertura comercial, financeira e privatizações também afetaram as distintas regiões do país. (Sampaio, 2024, p.33)

Neste sentido, as políticas sociais começaram a ser deixadas em segundo plano e o projeto neoliberal que antes ocorria nos países exteriores agora chegava

ao Brasil. Para se delimitar às consequências apenas na área da saúde, é necessário lembrar que foi acordado no art. 188 da CF.88 que o financiamento para a saúde seria realizado a partir de recursos da união, dos estados, dos distritos federais e dos municípios. Além disso, a Lei Orgânica 8.142/90 reforça que deve ser feito um repasse (não definido) do fundo nacional para os fundos estaduais e municipais. Consoante a isso, os recursos voltados para a saúde foram designados para outros fins que não incluíam a seguridade social o que contribuiu significativamente para um processo chamado por Sampaio (2024) de “política de austeridade”. Este movimento, se baseia em impor um conjunto de medidas de estrito controle do gasto público, privando a população do acesso a serviços públicos essenciais.

Seguindo este raciocínio, é necessário fazer um panorama geral de como foi tratado a questão do financiamento na política de saúde a partir da onda neoliberal. Por conseguinte, a Emenda Constitucional 29/13 de 2000 foi a primeira ementa criada com o propósito de vincular e garantir os recursos financeiros para a saúde definindo percentuais de financiamento. Dessa maneira, os Estados poderiam enviar 12% enquanto os municípios enviaram 15%. Mas de início a União não possuía uma porcentagem mínima definida de financiamento na área da saúde.

Em 2012, é criada a Lei Complementar 141/2012 que inclui os distritos federais na porcentagem de 15% de sua arrecadação de impostos para o financiamento. Mas a Ementa 85 de 2015 traz atualizações sobre alocação dos recursos e adiciona que a União deve investir pelo menos 15% de sua receita para o financiamento, este ato foi considerado um importante avanço para alguns pesquisadores e profissionais da época que queriam um compromisso maior do Estado em relação ao Sistema único de Saúde.

Porém, o de recursos para a política de saúde vem logo a seguir, em 2016, com a criação da chamada “PEC da morte” durante o governo do presidente Michel Temer. O governo elaborou um novo regime fiscal através de um teto de gastos que tinha como objetivo controlar as dívidas públicas e definia que os gastos “primários” que incluem a saúde, educação e outros serviços públicos seriam congelados em termos de reais, e só poderiam crescer conforme a inflação do ano anterior.

Com a nova configuração, antes existiam valores e percentuais definidos para cada órgão público financiar a política de saúde, agora tudo isso estava revertido, pois, de acordo com Brasil (2020) a saúde perdeu R\$20 bilhões em 2019

por causa da EC 95/2016. Em 2017, quando a emenda passou a vigorar, os investimentos em serviços públicos de Saúde representavam 15,77% da arrecadação da União. Já em 2019, os recursos destinados à área representaram 13,54%. Nesta lógica, é inegável afirmar que a PEC afetou e continuará afetando a saúde por muitos anos e o dano causado por ela será irreparável.

Em 2017, o debate acerca da atualização da Política Nacional da Atenção Básica não foi levado como prioridade, o que acabou dificultando que os cidadãos participassem ativamente dos encaminhamentos. Como resultado, temos a instituição de outras formas de atendimento que não dispõe de equipes multiprofissionais, e que não ofereciam serviços intersetoriais, decisão totalmente contrária àquilo exposto na CF.88.

Todas essas manobras possibilitaram que o governo fugisse da questão principal e que vem sendo debatida desde 1976 com o manifesto do Conselho Nacional de Saúde : O SUS deve ser criado e deve ter como total responsável o Estado e seus órgãos federativos. Em 2018, o então presidente tomou uma decisão que impactou diretamente o SUS, de acordo com Barros e Brito (2019) como forma de subsidiar o preço do diesel, a Medida Provisória nº 838, de 2018 busca recursos que eram de impostos que financiam a Seguridade Social.

Levando em consideração o que foi exposto, a ideia de que exista o mesmo desafio com novas roupagens se torna mais verdadeira, pois, as disputas entre o que é público e o que é privado permanecem ao decorrer dos anos e a única coisa que muda são as manobras utilizadas pelo Estado para disseminar ideias da classe dominante pela sociedade. Ademais, fragmentar os serviços de saúde é fragmentar os problemas de saúde do país. Observa-se, que a burguesia através do discurso “privado é melhor e público não presta” tenta expandir a ideia de que a solução é a privatização, porém, o único interesse real está na lucratividade que os serviços de saúde e farmacêuticos lhes trarão.

Em 2018, o candidato Jair Bolsonaro ganha as eleições para candidato a presidente e a partir daí, o Brasil entra em tempos sombrios de privatização e forte desmonte de tudo que já foi conquistado no campo social. Em seu programa de governo intitulado “O Caminho da Prosperidade: Brasil acima de tudo. Deus acima de todos”, o candidato já sinalizava simpatia pelo setor privado quando desta em seu programa que na área da saúde todo médico deve atender sob qualquer plano de saúde, em relação à saúde indígena, o governo apresentou um olhar indiferente

às comunidades originárias, segundo Bravo e Pelaez (2020), o gasto para financiar transportes para as regiões da Amazônia são altos e ainda tentou municipalizar a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Além disso, o governo se destacou por dar apoio às Santas Casas e aos cuidados filantrópicos .

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Mental foi ignorada com a problemática Nota Técnica nº 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas que promovia a adesão às então chamadas de “comunidades terapêuticas”, ambientes caracterizados por maus-tratos e nenhuma análise crítica e social acerca da condição dos sujeitos, liberando ainda a compra de aparelhos de choque elétrico.

O programa “Mais Médicos” foi descontinuado em 2018, e em 2019 com o Decreto 9.759/2019 o governo extinguiu e estabeleceu limitações para colegiados na administração pública federal. Estes colegiados incluem conselhos, fóruns, equipes e grupos, apagando o conceito de participação social disposto no SUS.

De maneira concisa, tudo o que foi abordado neste item, se mostra como elemento fundamental para compreender o contexto em que está localizado o Brasil e sua política de saúde. Todos os seus atravessamentos e disputas, seja dentro de ações, políticas ou programas, advém em muito da política econômica que o país vivencia. Ao se pensar na saúde, e no SUS, este quadro se aglutina, pois, como mencionado anteriormente, apenas a ideia da existência de um sistema que oferece serviços gratuitos para a população, não deixa as classes dominantes nem um pouco felizes.

À vista disso, é impossível se pensar em política de saúde sem relacioná-la aos pontos que foram aqui expostos, haja vista, que eles irão retornar nos próximos capítulos como causadores de vários empecilhos que dificultam a garantia dos direitos sociais.

3. A Violência Contra Crianças e Adolescentes no Brasil

Este capítulo discute a questão da violência contra crianças e adolescentes no Brasil, destacando seus tipos, de que forma ela é configurada e qual era a visão do ponto de vista político e social da violência contra esses indivíduos ao decorrer dos anos, revelando quais eram os encaminhamentos feitos e os mecanismos de combate que existiam até a criação do ECA.

3.1 A Violência como Questão de Saúde Pública: Tipologias seus Impactos na Sociedade Brasileira

Este item, será voltado para o debate acerca da violência contra crianças e adolescentes como uma questão de saúde pública que afeta gravemente a população no Brasil, o objetivo deste item é entender como se dá a manifestação dessa violência, descrevendo sua tipologia e contexto que pode estar inserida, buscando, ainda, refletir sobre os impactos causados pela mesma na sociedade. Dessarte, a Organização Mundial da Saúde (OMS), define o fenômeno da violência como sendo:

Uso intencional da força física ou poder que resulta ou tem grande probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (Krug et al., 2002)

Nesta ótica, a violência se exterioriza como um ato que gera inúmeros casos de violação de direitos. A OMS, acredita que existem alguns fatores que podem ser considerados as raízes causadoras do ato da violência, como por exemplo fatores biológicos; relacionais; comunitários e sociais. Porém, é interessante perceber que a violência contra crianças e adolescentes, assim como afirma Minayo (2001), também é uma expressão da questão social, haja vista, que as sociedades mais pobres e com alto nível de desigualdade são as que mais sofrem com este fenômeno, o reflexo disso, são os altos índices de mortalidade infanto-juvenil.

Antes mesmo da OMS considerar a violência como uma questão de saúde pública no ano de 2002, em 2001 o Brasil já se manifestava sobre o assunto com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, estabelecida pela Portaria 737/2001 do Ministério da Saúde, onde descrevia que os indivíduos na faixa etária de 0 a 24 anos de idade, tem constantemente sido vítima de diferentes tipos de acidentes e de violências. O ambiente doméstico, muito vivenciado na primeira infância, se destacava como o principal local onde são gerados esses agravos. Além disso, o documento expressava de maneira preocupante que enquanto as violências aumentavam, a existência de poucos leitos dificultava os atendimentos. Logo, com poucos profissionais, e sem condições adequadas de trabalho, essa atuação se tornava ainda mais desafiadora especialmente nos setores como os de pediatria e neonatologia.

A autora Minayo (2001), revela que de acordo com dados do Instituto Brasileiro Geográfico e de Estatísticas (IBGE) de 1988, ano de criação da Constituição Federal, 200.000 crianças e adolescentes relataram ter sido vítimas de agressão física, representando aproximadamente 20% do total de 1 milhão de indivíduos que registraram queixas, e nesses casos, em 80% das situações, os agressores eram familiares, incluindo pais, parentes e pessoas próximas. Fazendo uma análise a partir do estudo de Minayo (2001), a violência contra crianças e adolescentes se configura como:

todo ato ou omissão cometidos por pais, parentes, outras pessoas e instituições, capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica, de um lado, numa transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral; e de outro, numa coisificação da infância. Isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento. (MINAYO, 2001, P.92)

Analizando a violência a partir desta ótica, a autora destaca que ela pode ser tipificada de diferentes maneiras. Quando forem intra-familiar, ou seja, causadas dentro do âmbito de convivência privado (familiar, amigos) elas geralmente se apresentam através dos seguintes tipos:

- **Violência Física** - Qualquer ato que cause dor ou sofrimento como socos, queimaduras e etc.
- **Violência Sexual** - Qualquer ato sexual como estupro, assédio, exploração sexual.
- **Violência Psicológica** - Qualquer ato que interfira no desenvolvimento psicológico da criança como chantagens, xingamentos e humilhações.
- **Negligência** - Causada quando os responsáveis deixam de suprir as necessidades físicas, psicológicas e sociais da criança.

Analisa-se, ainda, que a violência, além de poder se expressar no âmbito intrafamiliar, ela também está atrelada a uma causa muito maior e profunda que seria a estrutural. Minayo (2001), descreve a violência estrutural como sendo aquela que se expressa de forma indireta a partir das condições econômicas e sociais. Essa violência, está ligada a subalternização dos grupos vulneráveis e a privação dos direitos básicos.

A vista disso, ao pensar em violência estrutural é impossível não a relacionar com a questão social, pois, ao analisar as situações de violência, é perceptível uma semelhança entre os casos, levando em consideração que muitos revelam condições de vulnerabilidade de crianças e adolescentes que embora pareçam ser condições “naturalizadas” e ocultas em estruturas sociais, são fortalecidas pelo sistema capitalista que explora e individualiza as expressões dessa questão. Segundo Iamamoto (2001), a questão social se caracteriza como um conjunto de expressões de desigualdade, existentes na sociedade capitalista, indispensáveis sem a intermediação do Estado.

De conformidade com estes fatos, o debate acerca dos determinantes sociais da saúde fomentados em meados do séc. XIX, revelam que existe sim uma certa correlação entre questões de saúde e estruturas sociais. No período descrito, começa a surgir por todo o mundo, o debate de que o estilo de vida, cultura e também condição financeira impactam diretamente a qualidade de vida. Em 2005, esse debate ganha força e é criado dentro da Organização Mundial da Saúde (OMS) a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, essa comissão, então, passou a ser responsável por estudar como esses fatores podem influenciar a vida do indivíduo e propor também melhorias para que os determinantes possam ser revertidos, após isso, em 2006 foi criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais que contribui atuando nacionalmente.

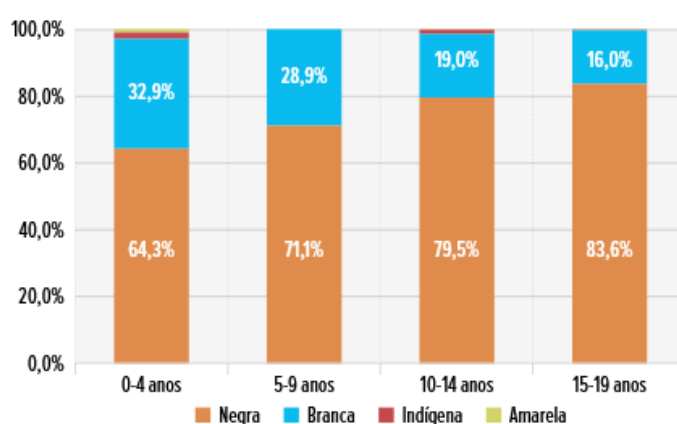
Nessa perspectiva, a Comissão sobre Determinantes Sociais na Saúde atua tratando a saúde como direito fundamental do indivíduo garantido, aliás, pela Constituição de 1988. Alguns de seus objetivos são a disseminação de informações sobre os determinantes, monitoramento sob a criação de políticas de combate a desigualdade, e também a promoção de atividades voltadas à conscientização.

Seguindo este raciocínio, a violência contra crianças e adolescentes pode ser potencializada por esses fatores. O estudo da autora Minayo (2001), traz a tona que o maior impacto causado pelas violências estruturais pode ser observado, quando analisa-se que 20 milhões de crianças e adolescentes brasileiras de 0 a 17 anos (34,8% do total da faixa etária), que no ano 2000 se encontram em situação de pobreza e somado a isso também verifica-se questões como a precariedade educacional, e baixa renda das famílias que levam crianças e adolescentes a trabalharem de maneira informal. A questão de raça, cor e etnia também deve ser estudada com cuidado, dados recentes coletados pela ONG Visão Mundial (2021),

mostram que em mais de dez anos, entre 2009 e 2019, foram assassinadas no Brasil 107.670 crianças e adolescentes, sendo que 76% delas eram negras e 93% eram meninos. A Unicef (2024), também apresentou dados obtidos através das Secretarias Estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social e do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, acerca da violência e morte das crianças e adolescentes brasileiros analisando o quesito raça/cor entre 2021 e 2023, que estão expostos no gráfico abaixo:

GRÁFICO 4

% de vítimas de MVI por faixa etária, por raça/cor
Brasil (2021-2023)



Fonte: Secretarias Estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social; Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

Diante disso, afirma-se que a violência além de ser um grave problema de saúde pública, afeta principalmente as minorias sociais. Em todo e qualquer contexto, até mesmo no da saúde, incluir conjuntura econômica e histórica é imprescindível, pois, entendendo a trajetória de um país marcado pela desigualdade como o Brasil, é possível identificar quem são as pessoas mais vitimizadas pelas expressões da questão social provenientes do sistema econômico capitalista.

Além dos tipos e formas que a violência pode ser disseminada é necessário entender também como são incorridos esses atos no Brasil. O Ministério da Saúde (2010), divulga que as principais formas que a violência se dá entre crianças de 0 até 9 anos, são geralmente por acidentes de transporte; afogamentos; outros riscos respiratórios e as agressões sucessivamente, na faixa etária 9 até 18 anos se dão através das agressões; acidentes de transporte e afogamentos. Outrossim, são inúmeros os impactos da violência na vida desta parcela social, problemas sociais e

psicológicos, além de deficiências cognitivas podem perpassar a vida das crianças e adolescentes durante todo o seu desenvolvimento até a vida adulta, episódios de violência podem gerar traumas que se não tratados com cuidado, podem desencadear em quadros de abuso de substâncias psicoativas e outras drogas, assim afirma Brasil (2010).

Sob esta perspectiva, o Estado não está apenas cuidando dessa parcela social ou prestando favores mas sim efetivando que seus direitos sejam garantidos. É por esse motivo, que a Constituição deve sempre ser reafirmada, sua legislação deixa claro o compromisso que o Governo deve ter com todos os cidadãos, assim como está descrito no parágrafo 8º do art. 226 da Constituição Federal de 1988 que menciona: “[...] O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações.”. Seguindo esta lógica, o poder estatal através de programas e ações tem por obrigação combater as situações de violência que impactam a vida dessas crianças e jovens.

Durante a pandemia da covid-19, cenário incomum que foi vivenciado por todo o mundo, aqui no Brasil, essa questão de saúde pública cresceu a um nível alarmante. Enquanto alguns estavam protegidos do vírus nas suas casas, o número de violência contra crianças e adolescentes teve um aumento significativo. Segundo Brasil (2021), o canal de denúncias de violação aos direitos humanos recebeu, até maio de 2021, 25,7 mil denúncias de violência física e 25,6 mil de violência psicológica. Crianças e adolescentes correspondem a 59,6% do total de ocorrências. Durante o ano de 2021, o caso de Henry Borel, menino de 4 anos morto vítima de agressões físicas, teve grande alcance midiático e colocou em pauta a questão da violência contra crianças e adolescentes.

Após o ocorrido, a Lei nº 14.344 de nome “Henry Borel” foi sancionada em 2022, que tinha como intuito priorizar a investigação de crimes no universo infanto-juvenil no estado. No Art.2, a lei define que se caracteriza como violência doméstica e familiar: “[...] Qualquer ação ou omissão que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico e sexual, psicológico ou dano patrimonial.”, Brasil (2022).

É importante destacar que durante esse período, o país era governado pelo presidente Jair Bolsonaro, em 2020 o governo através do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, criou um “Plano de Contingência” para crianças e adolescentes vulneráveis. Esses planos são elaborados para planejar ações que

combatam possíveis casos de emergência em saúde pública. Neste sentido, foi promovida uma ação interministerial com objetivo de combater os desdobramentos resultantes do contexto pandêmico que o Brasil estava inserido. Algumas das ações inclusas no plano de acordo com Brasil (2020), foram a determinação de punições mais rigorosas para líderes religiosos envolvidos em abuso sexual; na saúde, o governo garantiu a vacinação prioritária contra a gripe de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas e também determinou visitas prioritárias das equipes de saúde da família nas mais de 2 mil unidades de acolhimento de crianças e adolescentes.

Entretanto, apesar de algumas poucas medidas, o governo ficou marcado por seu caráter antipopular e conservador, além dos cortes de financiamento no Sistema Único de Saúde, o presidente em 2020 alterou a Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, anteriormente a comissão atuava com ações específicas e intersetoriais, porém, com as mudanças, esse caráter foi ignorado, além disso, o número de membros que anteriormente eram 14 foi rebaixado e cai para 7, assim aponta Verdélio (2020).

Com os cortes de gastos excessivos em diversas áreas a saúde não foi a única afetada, programas voltados à assistência social também sofreram com falta de reajustes e essas políticas são as que mais suprem as necessidades básicas dos usuários com a possibilidade de compras de alimentos, água e etc, infelizmente, a falta de manutenção das mesmas acaba por afetar diretamente a saúde.

A face do exposto, a violência é um fenômeno perigoso que afeta diversos indivíduos diariamente, inclusive, crianças e adolescentes. Entendê-la como uma expressão da questão social e um determinante da saúde é entender que estruturalmente ela incide com mais potencialidade grupos específicos. Além disso, a invisibilidade em torno da questão por parte de representantes políticos pode reforçar a reprodução de mais violências. Faz-se necessário, dessa maneira, tensionar o Estado brasileiro constantemente para que o mesmo cumpra aquilo proposto na Constituição de 1988.

Ademais, a violência seja ela física, psicológica ou verbal, pode deixar marcas permanentes na vida vítima. Essas cicatrizes, invisíveis diante da sociedade, podem repercutir posteriormente, dentro dos sistemas públicos como da saúde, assistência, previdência ou até mesmo na segurança pública. Portanto, tratar a violência como questão de saúde pública é o primeiro passo para criação de uma

sociedade que não silencia ou negligencia os indivíduos, mas sim os trata como parte de um coletivo que luta em prol do bem estar social.

3.2 Panorama Histórico da Violência Contra Crianças e Adolescentes no Brasil

Este item, irá se debruçar nos conhecimentos históricos que atravessa a questão da violência contra crianças e adolescentes na sociedade brasileira, buscando entender como de fato esse fenômeno se inicia e como ele foi tratado ao decorrer das décadas no país.

Em primeiro plano, é ímpar entender o peso histórico e cultural que cerca a violência. Minayo (2006), descreve que a violência sofrida por esses indivíduos nos primórdios, era vista como parte de um “processo educativo”, dessa maneira, os pais viam a violência como um instrumento disciplinante, incestos; espancamentos ou sacrifícios eram comuns e reforçaram a visão da criança como um ser sem direitos ou vontades. A vista disso, Minayo (2006), demonstra que nesses períodos históricos o infanticídio era comum e foi através de tais costumes que a sociedade e a política começaram a se fundar tendo a violência como aparato indireto de controle e mediação.

Com isso, é possível observar um certo padrão histórico, cultural e social nos casos de violência contra essa parcela social, que se repete de tempos em tempos, pois, com toda essa herança histórica, a naturalização da violência, contribui até os dias atuais para que agressores não sofram punições, considerando que os mesmos, podem encobrir atos de violência ao utilizarem como desculpa o “processo educativo” ou o castigo.

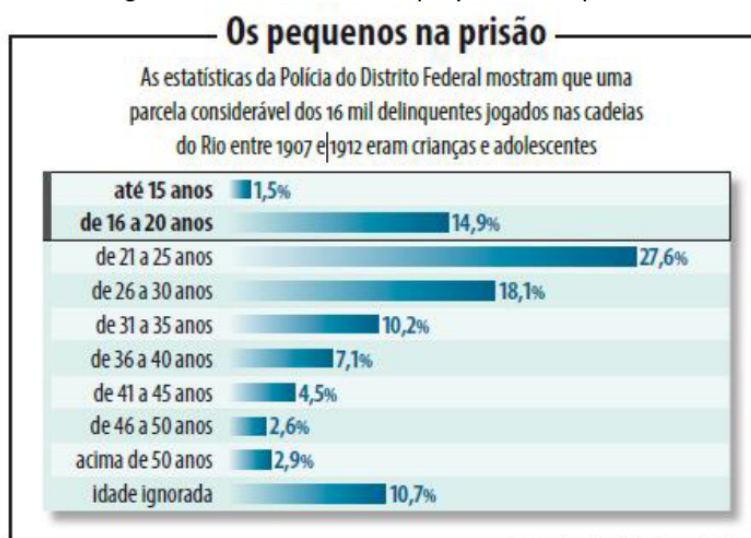
Ao se pensar no Brasil, a violência sempre se revela com maior intensidade, em decorrência das raízes históricas coloniais de repressão que foram provenientes devido a exploração das terras brasileiras feitas por Portugal. Com isso, além de todo contexto de exploração do trabalho braçal também foram vivenciadas questões como o racismo, e a violência sexual que afetou diversos povos e mulheres indígenas. Essas raízes foram peça chave e ajudaram a fundar um tipo de violência que já foi citada aqui anteriormente: a violência estrutural. A cerca disso, a autora descreve que:

Uma das formas mais contundentes de violência no Brasil, que se poderia chamar estrutural e ‘estruturante’ pelo seu grau de enraizamento, são os níveis elevadíssimos de desigualdade que persistem historicamente e são o chão sobre o qual se assentam muitas outras expressões. O Brasil sempre foi marcado por ambivalências e ambigüidades de um país escravista e colonizado em que as relações sociais hoje estão entranhadas num tipo de apartheid considerado, por muitos autores, como mais iníquo que o dos Estados Unidos e o da África do Sul. (Minayo, 2006, p.27)

Sob esta ótica, além da violência contra crianças e adolescentes ser uma prática naturalizada historicamente, ela se soma ao passado brasileiro marcado por repressões, o que potencializa os casos de maus tratos contra essa parcela social. Por muitos anos, as crianças no Brasil eram referidas como “pequenos adultos” e “de menor”, para a sociedade esses indivíduos não possuíam direitos e estavam simplesmente sob o poder de alguém.

Em 1890, a única lei que falava sobre o tratamento para menores se encontrava no Decreto N° 847, de 11 de Outubro de 1980. O Código Penal de 1980 condenava crianças a partir de 9 anos de idade que agissem de forma entendida com discernimento (Art. 27, §2°). Este decreto, foi responsável por reproduzir inúmeras violências contra crianças e adolescentes que não podiam se defender, haja vista, que os mesmos ao serem pegos cometendo algum ato considerado “infracional” eram julgados assim como todos os outros adultos. O gráfico extraído do arquivo do Senado de 1817 revela que a maioria das pessoas que estavam em prisões durante o período de 1907 e 1912 eram crianças e adolescentes.

Figura 1 – Estatística dos pequenos na prisão



Fonte: Arquivo do Senado, anais de 1917

Fonte: Arquivo do Senado (1917)

A autora Monteiro (2024), fala sobre o descontentamento da população com a falta de políticas que protegessem as crianças e adolescentes, ou que pelo menos guiasse a atuação de profissionais nos encaminhamentos que vinhessem a ser necessário, em casos de abandono, ou crimes. Outro ponto a ser analisado é os termos usados para nomear essa parcela social naquele período. Segundo Monteiro (2024), os termos “de menor” ou “delinquentes” eram associados apenas, aqueles jovens ou crianças empobrecidos foram abandonados pela família, eram negros, ou de baixa renda, enquanto aqueles que vinham de família rica, com miores condições, eram referidos apenas como “crianças”. Estes termos impactaram diretamente a criação das políticas públicas que tinham como objetivo amparar este público, tendo em vista, que o tratamento que as crianças pobres recebiam era o mesmo tratamento que qualquer outro jovem que tivesse cometido atos infracionais. A violência, nesse cenário, vem se estabelecendo como uma questão social e estrutural.

Seguindo o raciocínio, o presidente Washington Luiz, durante o período da República Velha, criou o Decreto N° 17.943-A de 12 de outubro de 1927, o chamado “Código de Menores de 1927”. Este documento foi criado com o intuito de direcionar as ações e tratamentos que o público infanto-juvenil deveria receber de acordo com a situação vivenciada pelos mesmos. Em seu art. 1º, o código define que o menor abandonado ou delinquente que tenha menos de 18 anos, será submetido a medidas de assistência e proteção contidas no documento, com o objetivo de punir de maneira específica aqueles indivíduos que estivessem em conflito com a lei não utilizando o código Penal citado anteriormente.

O Código de Menores, conforme descreve Monteiro (2024), foi fundamentado a partir da teoria da “Situação Irregular”, esse termo foi utilizado para explicar que existia uma certa irregularidade, ou para ser mais precisa, uma certa “patologia social” em torno dos menores delinquentes, melhor dizendo, os menores em situação irregular eram crianças ou adolescentes que por algum motivo incomum contornavam a sua rota “normal” de desenvolvimento, então, era comum associar os indivíduos que passavam por medidas socioeducativas como pessoas loucas ou indesejáveis, uma vez que não seguiam a normalidade da sociedade, ou eram abandonados pela própria família.

Nesta lógica, com uma pequena atualização do código posteriormente em 1979 é possível notar em seu art. 2º que o menor em situação irregular era todo aquele:

- I. Privado de condições essenciais a sua subsistência, de saúde e de instrução obrigatória, ainda que eventualmente, em razão de:
 - a) falta, ação ou omissão dos pais ou responsável;
 - b) manifesta impossibilidade dos pais ou responsável para prevê-las
- II Vítima de maus tratos ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsável;
- III Em perigo moral, devido a:
 - a) encontrar-se, de modo habitual, em ambiente contrário aos bons costumes;
 - b) exploração em atividade contrária aos bons costumes;
- IV Privado de representação ou assistência legal, pela falta eventual dos pais ou responsável;
- V Com desvio de conduta, em virtude de grave inadaptação familiar ou comunitária;
- VI Autor de infração penal. (BRASIL. Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979.)

Destarte, essa associação de delinquência/abandono ligadas a questões de sanidade mental, contribuíram para a criação de um código que praticou sobretudo a segregação de “menores” da sua família. Ao tratar as crianças e adolescentes como seres descartáveis que possuíam algum defeito, as práticas do código não guiavam os chamados “patológicos sociais” à reinserção na sociedade, levando em consideração que, após cumprimento das medidas jurídicas impostas, as crianças e adolescentes que estavam sob total responsabilidade do Estado nas Fundações Nacional do Bem-Estar do Menor (FEBEM), na verdade eram esquecidas, até por que, muitos acreditavam que essa “irregularidade” deveria ser eliminada antes que contaminasse a sociedade em geral.

Porém, é válido pontuar que a maioria das crianças e adolescentes que iam parar em tal instituição não havia cometido atos de delinquência, muitas estavam ali por consequência de complicações financeiras, assim afirma Monteiro (2024). Nesta lógica, a desigualdade poderia definir a vida de crianças que sequer possuíam discernimento sobre certo ou errado, ou seja, sua classe social poderia ditar seu desenvolvimento dentro de instituições que ao invés de proteger de maneira humanizada e pedagógica, se transformaram em mais um reprodutor de violências.

Em âmbito mundial em julho de 1950, o chamado Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância – em inglês, *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) – que anteriormente, atuava em

situações de necessidade emergencial de crianças apenas na Europa e China assina novo contrato para atuar em países em desenvolvimento, desse modo, em parceria com o governo, começa a realizar ações também no Brasil. Posteriormente, em 1953 esse órgão se torna parte permanente na Organização das Nações Unidas (ONU). A UNICEF, tem como propósito dar assistência humanitária às crianças e adolescentes em situações de extrema pobreza e vulnerabilidade.

Algumas ações fortalecidas pela UNICEF foram: campanhas de imunização e aleitamento materno; do movimento pelo acesso universal à educação; dos programas de enfrentamento ao trabalho infantil; entre outros grandes avanços para a garantia dos direitos de meninas e meninos brasileiros UNICEF (2025). Este fundo, passou a ser reconhecido como um importante agente de mudança na vida de várias crianças e adolescentes, com recursos advindos do Estado ou por doações de empresas privadas, a UNICEF é um trabalho composto por cidadãos que insatisfeitos com a realidade dessa parcela social, se juntaram em prol do bem estar da mesma.

Entretanto, infelizmente nem todas as instituições possuem um caráter semelhante ao da UNICEF, as FEBEMS, por exemplo, se tornaram um depósito de indivíduos que eram considerados descartáveis ao olhar social. Fundadas pela lei N° 4.513 de 1 de dezembro de 1964 a Fundação Nacional do Bem Estar do Menor era uma instituição governamental ligada à Política Nacional do Bem-Estar do Menor e ao Código de Menores. De acordo com Monteiro (2024), esta política optou por ações assistencialistas ao invés de considerar a asseguarção de direitos. Num contexto de ditadura militar, as FEBEMS eram pautadas como um “Milagre social” e prestigiadas como um grande avanço no campo da assistência ao público infanto-juvenil. Desde o início, o planejamento dessa instituição foi atrelada ao ideário político vigente somado a lógica da “doutrina do bem-estar social” advinda do exterior que foi amplamente divulgada.

Com a política sob controle de militares, a FEBEM foi desenhada levando em consideração a Doutrina da Segurança Nacional do país. Assim sendo, a atuação e cuidados para crianças e adolescentes que eram internos das fundações perpassa um viés repressivo e de combate, dando a entender que aqueles sujeitos deveriam ser tratados de maneira punitiva, assim como foi nos primórdios da estruturação da violência, citado anteriormente. Neste sentido, Miranda (2016),

descreve em seu estudo sobre tal doutrina que baseava a segurança nacional à violência:

A Doutrina da Segurança Nacional foi idealizada pela Escola Superior de Guerra e representava um instrumento importante para imposição de um sistema de controle e dominação governamental em busca do fortalecimento do Estado, atrelando às estratégias de desenvolvimento político e econômico do País à questão da segurança. Na busca desse fortalecimento, o Estado autoritário passou a construir campanhas contra os “inimigos externos” e “inimigos internos”, criando na sociedade “um clima de suspeita, medo e divisão que permitiu ao regime levar a cabo campanhas repressivas”, envolvendo, inclusive, o cotidiano das pessoas comuns. (Miranda, 2016. p.51)

Sob esta ótica, nota-se que embora no papel, as instituições apresentassem um caráter pedagógico, a realidade vivenciada por essa parcela social foi bem diferente. Pensando acerca dos parâmetros legais que nortearam as fundações de bem-estar do menor, a Lei N° 4.513 de 1 de dezembro de 1964, descreve em seu art. 7° que competirá as fundações os seguintes serviços:

- I Realizar estudos, inquéritos e pesquisas para o desempenho da missão que lhe cabe; promovendo cursos, seminários e congressos, e procedendo ao levantamento nacional do problema do menor.
- II Promover a articulação das atividades de entidades públicas e privadas;
- III Propiciar a formação, o treinamento e o aperfeiçoamento de pessoal técnico e auxiliar necessário a seus objetivos;
- IV Opinar, quando solicitado pelo Presidente da República, pelos Ministros de Estado ou pelo Poder Legislativo, nos processos pertinentes à concessão de auxílios ou de subvenções, pelo Governo Federal, a entidades públicas ou particulares que se dediquem ao problema do menor;
- V Fiscalizar o cumprimento de convênios e contratos com ele celebrados;
- VI Fiscalizar o cumprimento da política de assistência ao menor, fixada por seu Conselho Nacional;
- VII Mobilizar a opinião pública no sentido da indispensável participação de toda a comunidade na solução do problema do menor;
- VIII Propiciar assistência técnica aos Estados, Municípios e entidades públicas ou privadas, que a solicitarem. (Brasil, 1964, art. 7°)

À vista disso, as ações pautadas para as instituições além de atravessarem questões políticas também eram pensadas a partir de um ponto de vista assistencialista com ações voltadas à caridade e filantrópicas, haja vista, que o Estado naquele período passou a atuar com propósitos similares aos da igreja, pegando o papel de órgão caritativo para si, assim afirma Miranda (2016). Sob este viés, o chamado “Brasil Militar” reorganizou suas políticas sociais levando em

consideração a questão da modernização conservadora, como descreve Behring e Boschetti (2011). Seguindo essa perspectiva, com o grande foco na segurança nacional, a questão do “menor” passou a ser tratada como caso de polícia, esses agentes possuíam uma atuação de vigilância e punitivista recolhendo crianças e adolescentes que estivessem em conflito com a lei, que fossem abandonados ou pobres. Sobre esse revés, Miranda (2016) menciona que :

Nesse sentido, as práticas de roubos, furtos, mendicância, prostituição passaram a estar na mira da polícia, que buscava combater tais ações a partir da lógica punitiva, onde o encarceramento era visto como alternativa de retirar a presença de meninos e meninas das vias públicas, na tentativa de “higienizar”, de “limpar” o cenário urbano. A questão da criminalidade infanto-juvenil não era percebida como problema de ordem social, e sim como um caso que deveria ser resolvido pelo aparato policial. (Miranda, 2016, p.59)

Após serem internados nas fundações de bem-estar, os adolescentes eram obrigados a vivenciar situações de insalubridade, como a superlotação e infraestrutura comprometida, a maioria das instituições tinham um número de internos maior que a sua capacidade, a lógica da FEBEM não era de fato ressocializar, pois, muitos perderam contato com seus familiares após a internação. Posto isso, pesquisadores passaram a repudiar a estrutura arquitetônica do ambiente, passando a considera-la como sendo uma recriação das penitenciárias do país, além disso, os casos de espancamento, tortura e agressões marcaram os anos de atuação da FEBEM.

De acordo com a revista da Associação de Docentes da Universidade de São Paulo (ADUSP, 2006) cerca de 10 mil adolescentes sofreram tortura nos últimos 10 anos. A revista ainda afirma, através de falas de familiares e pesquisadores, que a FEBEM se transformou num passaporte para a cadeia ou cemitério, mencionando que o projeto aplicado nesses centros tinha de tudo menos o caráter pedagógico.

Passando para uma análise acerca do projeto pedagógico dessas instituições, nota-se, que as mesmas possuíam cursos profissionalizantes que visavam preparar os jovens para o mercado de trabalho com uma lógica bastante capitalista, além da quantidade escassa de atividades pedagógicas, os internos tinham que escolher entre cursos que tinham como principal objetivo o trabalho braçal, reforçando a alienação daqueles indivíduos para atividades que não se utilizassem uma maior compressão crítica, indo contra uma ideologia pautada na

emancipação. A revista ADUSP (2006) revela que os próprios funcionários questionavam as condições de trabalho, fazendo a exposição de que as recorrentes rebeliões eram em sua maioria o fruto da revolta por causa da má estrutura e falta de qualidade de vida dos internos.

Em 1990 a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor entra em declínio e as instituições vão sendo progressivamente desativadas, é mister reforçar que essa decisão se configura como um resultado da luta social em prol dos direitos da criança e do adolescente. Diante disso, mesmo com todos os entraves enfrentados ao decorrer da história no campo das políticas sociais, muitos ganhos estavam por vir.

3.3 Estatuto da Criança e do Adolescente: Marco Legal da Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente

Este item irá se debruçar na Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Este marco legal, se transformou no documento mais importante acerca dos direitos sociais dessa parcela social, conquistado logo após a promulgação da Constituição de 1988, o ECA é o resultado da luta de vários movimentos sociais que juntos trabalharam para cobrar do Estado um tratamento digno e adequado para as crianças e adolescentes.

Nesta ótica, o item irá detalhar desde a estrutura do documento, como também, os impactos causados por ele na rede de atendimento socioassistencial, destacando por fim, alguns pontos de melhoria que em decorrência da conjuntura política atual, não conseguiram ainda ser implementados.

Em primeira análise, é importante destacar quais foram os primeiros momentos que antecederam a aprovação do ECA no Brasil. Em 1986, a UNICEF e alguns parceiros já impulsionava este momento, com a criação da campanha “Criança Constituinte”, a organização enfatizava que esses indivíduos também deveriam ser tratados como sujeitos de direito perante o Estado e a sociedade, a campanha tinha como principal objetivo, promover a conscientização política, reforçando que os brasileiros deveriam apoiar candidatos que colocavam em pauta a questão da criança e do adolescente. A campanha teve alguns impactos positivos, levando em consideração que, na Const. Federal de 1988, em seu Artigo 227, já

pode-se observar uma fala sobre esses indivíduos o papel da sociedade e do Estado:

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, art. 227)

Por este ângulo, graças ao cenário efervescente de redemocratização, pela primeira vez o conceito de “menor” iria ser superado, os cidadãos estavam usando aquele período, considerado para muitos de “década perdida” como uma chance de transformar o país, dessa forma, de um lado ficaram as perdas econômicas mas de outro, estava uma década que foi próspera no quesito dos direitos sociais. Afirmam que a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, em 1989, reunida em Convenção, foi um encontro decisivo para que o Brasil colocasse em pauta os direitos da criança e adolescente.

O encontro foi realizado em nova York, participaram na época 159 Estados-membros, através de consenso adotaram a Convenção Sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas, este instrumento foi criado com o objetivo de dispor de padrões mínimos que protegem estes sujeitos, além disso, demonstrava mecanismos que possibilitam a fiscalização da prestação de contas acerca de recursos destinados a tal causa. De acordo com UNICEF (2019), a Convenção é estrutura a partir de quatro princípios básicos:

1. Da não discriminação - De acordo com a ONU, todos os seres humanos devem ser tratados com a mesma importância.
2. Prioridade para o melhor interesse da criança - Em qualquer situação a decisão tomada deve levar em consideração o melhor interesse da criança, ou seja, deve ser uma decisão que se embasa no melhor para aquele indivíduo.
3. Direito à vida, à sobrevivência e ao desenvolvimento - Como já mencionado anteriormente, as condições de vida também impactam no desenvolvimento da criança e do adolescente, logo, se faz mister que direitos básicos como alimentação, moradia e etc, sejam garantidos a este indivíduo.

4. Respeito pela opinião das crianças - A criança também é um sujeito de direito, logo, o olhar da mesma sobre todas as situações que a incluem deve ser considerado.

Com isso, o documento se estrutura em 54 artigos que discutem sobre a responsabilização do Estado e da sociedade com as crianças, evidenciando que as mesmas, devem receber uma proteção especial para seu pleno desenvolvimento, considerando as dificuldades encontradas em cada realidade social, a convenção menciona ainda sobre a legislação acerca da adoção legal para que esses indivíduos possam usufruir dos direitos básicos que guiam os princípios de paz, fraternidade e igualdade da Organização das Nações Unidas. É possível observar, tais pontos nos seguintes artigos:

Os Estados Partes comprometem-se a assegurar à criança a proteção e o cuidado que sejam necessários ao seu bem-estar, levando em consideração os direitos e deveres de seus pais, tutores legais ou outras pessoas legalmente responsáveis por ela e, com essa finalidade, tomarão todas as medidas legislativas e administrativas adequadas. (art. 2)

Os Estados Partes devem adotar todas as medidas administrativas, legislativas e de outra natureza necessárias para a implementação dos direitos reconhecidos na presente Convenção. Com relação a direitos econômicos, sociais e culturais, os Estados Partes devem adotar tais medidas utilizando ao máximo os recursos disponíveis e, quando necessário, dentro de um quadro de cooperação internacional. (art. 4)

Os Estados Partes devem respeitar as responsabilidades, os direitos e os deveres dos pais ou, quando aplicável, dos membros da família ampliada ou da comunidade, conforme determinem os costumes locais, dos tutores legais ou de outras pessoas legalmente responsáveis pela criança, para proporcionar-lhe instrução e orientação adequadas, de acordo com sua capacidade em evolução, no exercício dos direitos que lhe cabem pela presente Convenção. (art. 5)

Com a adesão deste instrumento o Brasil se tornou um dos primeiros países a se comprometer mais profundamente com a causa dos direitos da criança e do adolescente. Assim sendo, no dia 13 de julho de 1990 se firmou a Lei nº 8.069. O ECA é o principal norteador das ações, atendimentos, programas e políticas voltadas ao público infanto-juvenil. Seu artigo 5º já destaca que [...]"Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais."].

O Documento possui mais de 200 artigos que estão divididos entre os temas de: direitos fundamentais; prevenção; políticas de atendimento; medidas de

proteção; acesso à justiça; Conselho Tutelar; crimes/ atos infracionais. Neste item, alguns artigos serão abordados com maior profundidade, mas antes faz-se necessário salientar que o ECA foi planejado a partir da “Teoria da Proteção Integral”, essa teoria revela que as necessidades da criança e do adolescente são prioridade em todas as situações para que os mesmos tenham um pleno desenvolvimento. Segundo Monteiro (2024), esta é uma forma de resguardar esses indivíduos que não possuem capacidade e discernimento para serem hipossuficientes, necessitando dessa maneira, de um tratamento especializado.

A teoria se divide entre dois pilares: o da prioridade absoluta, que determina a prioridade no atendimento a crianças e adolescentes acima de qualquer outro em situações de necessidade; o do melhor interesse já descrito anteriormente, e o da municipalização, que defende que todas as crianças independente da região em que se localize deve ser atendida de acordo com todos os parâmetros descritos na lei. Com isso, o documento, através do art. 3º afirma que o princípio de proteção integral está associado:

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. (. (BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, art. 18).

Segundo este raciocínio, o conceito de proteção integral, contrapõe o pensamento de situação irregular, que foi tomado como base para a criação dos antigos Códigos de Menores, este pensamento, descrevia que as crianças ou adolescentes possuíam algum tipo de “anormalidade” como se fosse uma patologia social, felizmente, o estatuto inovou a percepção dentro das políticas e instaurou práticas, leis e programas que se utilizam de um tratamento dissemelhante àquele praticado nos primórdios, que eram marcados por um viés conservador e totalmente acrítico.

Retornando agora, as temáticas tratadas no ECA, o Título III que trata das políticas de atendimento, é um ponto interessante para ser analisado, pois, é nele que estão as diretrizes de ação e protocolos de atendimentos a crianças que estão

em alguma situação vulnerável. Isto posto, este título é responsável por tratar das ações de prevenção de todas as formas de violação de direitos da criança.

Algumas ações apontadas no item de acordo com Brasil (2024) são as de: campanhas educativas; articulação intersetorial entre as instâncias do poder judiciário e Conselho Tutelar em pró da criança e do adolescente; capacitação dos profissionais que trabalham em contato direto com esse público a fim de desenvolver o preparo necessário para atuar em casos de violência; capacitar também os Conselhos Tutelares; entre outros.

Ademais, outro ponto a ser levantado para análise é a Lei Nº 13.010, de 26 de Junho de 2014, conhecida como “Lei do menino Bernardo”. A lei estabelece que crianças e adolescentes não devem ser educados com uso de castigos físicos. Posteriormente, a pesquisa trará a concepção histórica da violência e será possível relacionar a lei com o pensamento da autora Minayo (2004), pois, em sua pesquisa Minayo relata que por muitos anos a violência se estruturou como sendo um processo educativo.

A lei do menino Bernardo, promulgada apenas em 2014, é resposta aos casos recorrentes de maus tratos a crianças, principalmente provocada por agressores que fazem parte do convívio familiar, e que utilizam o discurso de que aquela agressão é apenas uma pequena punição para justificar o crime. Assim, a lei define que:

Art. 18-B. Os pais, os integrantes da família ampliada, os responsáveis, os agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou qualquer pessoa encarregada de cuidar de crianças e de adolescentes, tratá-los, educá-los ou protegê-los que utilizarem castigo físico ou tratamento cruel ou degradante como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto estarão sujeitos, sem prejuízo de outras sanções cabíveis, às seguintes medidas, que serão aplicadas de acordo com a gravidade do caso. (BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, art. 18).

Por conseguinte, é de extrema importância que os profissionais que atendem diretamente esse público, sejam capazes de identificar indícios de violência na criança e adolescente, nos casos de violência confirmados, faz-se necessário que a equipe não ignore o crime ali presente, pelo simples fato do autor ser algum

responsável pela criança/adolescente. Pois, o profissional estaria colaborando para a permanência de uma desproteção.

Fazendo uma recapitulação e comparando o antigo Código de Menores ao ECA, é possível afirmar sem sombra de dúvidas, que o Estatuto conseguiu se desvencilhar do discurso conservador e preconceituoso acerca da criança e do adolescente. O ECA propõe uma mudança profunda no marco legal e social brasileiro ao incluir a criança dentro de uma rede integral de serviços que lhe asseguram desde o atendimento primário até serviços mais urgentes. O Estado passou a observar a situação de vulnerabilidade com um olhar de totalidade, logo, ao invés de apenas oferecer um único serviço fragmentado, o Estado elaborou uma rede que envolve a saúde e assistência para que aqueles indivíduos possam se desenvolver de maneira plena.

Afirma-se que o ECA deu voz àqueles que não podem falar ou se defender, isto é observado quando o documento descreve os procedimentos jurídicos que serão acionados caso esse público sofra algum tipo de violação de direitos. Na seção que trata sobre o acesso à justiça o art. 141 discorre: “[...] É garantido o acesso de toda criança ou adolescente à Defensoria Pública, ao Ministério Público e ao Poder Judiciário, por qualquer de seus órgãos.”.

Paralelo a tudo descrito anteriormente, é mister expor conjuntamente alguns pontos que ainda estão em processo de melhoria e que não foram aplicados na prática que estão presentes dentro do Estatuto da Criança e do Adolescente. Segundo a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) , mesmo após 35 anos de promulgação do ECA ainda é notória a existência de desafios que atravessam a execução das ações que estão neste documento.

Assim, ABEPSS (2021), pontua que esses desafios se apresentam quando a falta de conhecimento da população sobre o documento, colabora para a reprodução de um discurso de que o ECA deixa crianças e adolescentes impunes, levando em consideração que atualmente os indivíduos estão ficando cada vez mais suscetíveis a acessar falsas informações que correm em redes sociais. Com o fortalecimento deste pensamento as ações podem ser totalmente invalidadas.

Outrossim, a Associação, também destaca que é dever do assistente social, profissional que trabalha diretamente com este código, procurar estar sempre atualizado acerca das informações contidas no Estatuto, isso contribui para o

aperfeiçoamento de suas ações, porém, infelizmente nem todos os profissionais se capacitam da maneira adequada e acabam ignorando aquilo descrito no ECA.

Diante disso, é válido compreender como foi instaurado o órgão “Conselho Tutelar” e qual é seu papel na sociedade conforme o ECA. Posto isso, o ECA em seu art. 131, define o Conselho Tutelar como: “[...] Órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei.” Ou seja, não compete a este órgão julgar, mas sim apenas zelar pelos direitos dessa parcela social. Embora os Conselhos Tutelares, sejam atualmente o órgão mais procurado nos casos de violência contra criança e adolescente, nota-se, em alguns casos, um certo despreparo no tratamento a certos casos de violência. De acordo com o ECA, os únicos requisitos para se candidatar ao cargo de conselheiro são: I - reconhecida idoneidade moral; II - idade superior a vinte e um anos; III - residir no município (BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, art. 133).

Ou seja, nos requisitos não é exigido qualquer formação de ensino superior em áreas da saúde ou social. Por conseguinte, esse cargo fica aberto a indivíduos que defendem os mais variados posicionamentos, ao serem eleitos, passam a atuar através do coleguismo. Salientando aqui, que este fato não está presente em todos os conselhos, mas é importante pontuar, a existência desses entraves em alguns. Nesta perspectiva, em situações como está, torna-se difícil aplicar o que está descrito em lei, quando os próprios profissionais, não têm conhecimento do documento.

Contudo, através das informações aqui apresentadas, afirma-se que foi através do ECA que as crianças e adolescentes passaram a receber um tratamento mais humanizado tanto da sociedade quanto do Estado. Embora o Estatuto ainda possua um longo caminho de transformações pela frente, é satisfatório perceber que ele está seguindo a direção certa.

Perante o exposto, é mister que a sociedade se mobilize e defenda o Estatuto, pois, o mesmo, é o principal documento que guia os profissionais de diferentes áreas no atendimento à criança e adolescente, e é este o documento que respalda a maioria das atuações do serviço social na saúde no enfrentamento a violência infantil.

4. Serviço Social na Saúde e o Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes

Este capítulo dará ênfase ao objeto de estudo da pesquisa. Ele se voltará para debater a atuação do Serviço Social na saúde e em especial na saúde da criança e do adolescente. Posteriormente através de uma revisão bibliográfica, serão expostos alguns desafios e estratégias encontrados nesta atuação atualmente.

4.1 Inserção Histórica do Serviço Social e sua Prática Profissional na Saúde Brasileira

Este item terá como foco principal apresentar um breve resumo histórico sobre a inserção do Serviço Social na saúde brasileira apontando a modificação de suas práticas até a atualidade, a exposição irá se debruçar, especialmente, na atuação voltada a área da saúde da criança e do adolescente.

Assim sendo, observa-se que a gênese do Serviço Social no Brasil se dá em conjunto com as transformações políticas e econômicas. Bravo (2004), revela que naquele período a área da saúde era o principal campo de absorção de assistentes sociais. As/os profissionais da época eram influenciados pela prática da assistência médica hospitalar, e realizava ações com o intuito de colaborar com o aperfeiçoamento do trabalho exercido pelos médicos, não levando em consideração uma atuação crítica, assim afirma Araújo et al (2018).

Somado a isso, autores descrevem ainda, que profissionais reproduziam o discurso de que a condição do usuário era consequência de seus atos, e que a solução estaria na mudança de hábitos. Algumas ações que guiavam a prática do profissional na época eram voltadas às eram voltadas ao apoio da assistência médica de caráter assistencialista nas unidades de saúde pública que cuidavam dos pobres e pessoas que não eram incluídas nos serviços de saúde das Caixas de Pensões e Aposentadorias por não possuírem um vínculo de trabalho formal. Desse modo, os assistentes sociais eram designados a fazer atividades que complementavam a atuação dos médicos, assim fica conhecido o “Serviço Social médico” exposto nas reflexões de Bravo (2013).

Sabe-se que o Serviço Social historicamente também se utilizava de práticas conservadoras. Em seu Código de Ética de 1947, a maioria das ações levavam à um caminho caritativo, conforme aponta Matos (2017). Observa-se, que o assistente social tinha como dever, segundo o código: “[...] Respeitar no beneficiário do Serviço Social a dignidade da pessoa humana, inspirando-se na caridade cristã.” afirmando o ponto apresentado pelo autor. Levando em consideração tudo o que foi exposto, sabe-se que a princípio, crianças e adolescentes eram vistos como “delinquentes” e referidos como “menores infratores” como descrito anteriormente. Acerca disso, Matos (2017) expõe que as ações voltadas à criança e adolescentes não levavam em consideração uma visão de totalidade. Sobre a atuação do Serviço Social ele descreve que:

O exercício profissional era direcionado por normas institucionais que dificultavam a aproximação da realidade desses jovens, de forma que se pudesse abranger a totalidade, o que, posteriormente, causa certo estranhamento quando o trabalho inicia atividades junto à comunidade. (Matos, 2017, p.8)

Nesse sentido, o cenário daquela época contribuía para que esses profissionais intervissem de maneira policialesca.

Em 1948, quando a OMS elaborou um novo conceito de saúde que abordava a questão dos fatores biopsicossociais, o trabalho dos assistentes sociais ainda que de maneira limitada foi sendo cada vez mais adotado pelas instituições mediadas pelo governo. A OMS descreveu que: “[...] A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Nesta lógica, o novo conceito impulsiona as atuações do Serviço Social para o caminho de uma requalificação das práticas de atuação, levando em consideração os determinantes da saúde, e visualizando não apenas o processo curativo da doença mas sim os meios de prevenção, considerando as diversas realidades sociais.

Durante o regime ditatorial militar, Netto (1991), afirma que a profissão começou a se aperfeiçoar, e com isso, ela consolidou uma base teórica, prática e crítica capaz de responder às complexas demandas sociais, que eram características de um período marcado pela exclusão. Dessa maneira, a categoria necessitava se “modernizar” criando processos e articulações que respondessem às questões sociais emergentes. Embora o Serviço Social já estivesse familiarizado

com a área da saúde, a renovação possibilitou que a profissão desenvolvesse uma abordagem mais reflexiva, considerando as múltiplas facetas da totalidade social, desse modo, a atuação assistencialista passou a ser superada com o movimento de renovação do Serviço Social.

Na década de 1970, observa-se um grande marco na história do Serviço Social brasileiro: O Congresso da Virada. O III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (III CBAS) realizado em 1979 em São Paulo, ficou marcado como um momento em que a categoria profissional se reuniu e articulou encaminhamentos importantes. O encontro se tornou uma virada de chave que, segundo Netto (2009), reforçou a mobilização e politização de profissionais e estudantes do Serviço Social. Foi com o Congresso da Virada que a ideia de um projeto ético-político que luta pela liberdade, igualdade e pela garantia de direitos começou a se firmar. À vista disso, o Serviço Social em conjunto com vários outros movimentos como o da Reforma Sanitária, passou a defender a saúde como um direito fundamental de todos e dever do Estado, lutando através do projeto de saúde como direito democrático e repudiando o projeto que coloca a saúde como serviço privatizado.

Seguindo este raciocínio, após a promulgação da Constituição Cidadã em 1988, é possível perceber que a categoria do Serviço Social começa a expressar suas modificações através de suas bases jurídico-legais, como o Código de Ética Profissional e a Lei de Regulamentação da Profissão Lei 8.662/1993. O Código de Ética de 1993 atualizado em 1996, traz consigo uma perspectiva que rompe com ideologias conservadoras que marcaram a atuação profissional décadas atrás. Destacam-se abaixo alguns princípios fundamentais do Código de Ética:

- X. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física. (CFESS, 1993)

A partir destas importantes modificações, a categoria conseguiu profissionalizar as intervenções se baseando no compromisso ético e legal. No que diz respeito a atuação na área da criança e do adolescente, com ajuda do ECA, os assistentes sociais além de superarem termos ultrapassados, passaram a ver crianças como sujeitos que necessitam de uma proteção especial. Dessa maneira, foi reafirmado que estes usuários não devem sob nenhuma forma ou circunstância sofrer discriminações por parte dos profissionais, muito pelo contrário, nesse momento, o acolhimento e escuta especializada se transformaram em ferramentas importantes nas instituições, que ajudam o Serviço Social e toda equipe de profissionais, a se aproximar da realidade vivenciada por esses indivíduos com o objetivo de retirá-los de possíveis casos de exploração, violência, assédio e etc.

Ademais, também é importante salientar que a resolução nº 383/99 de 29/03/1999 publicada pelo CFESS, se transformou em mais um ato que reafirmou o lugar da a categoria na área da saúde. Em resolução, o conselho descreve que:

Considerando que as ações de saúde devem se dar na perspectiva interdisciplinar a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação entre seus interesses e a prestação de serviços;

Considerando que, para a consolidação dos princípios e objetivos do sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle social e o Assistente Social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnico-política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais

Resolve:

Art 1º. Caracterizar o assistente social como profissional de saúde. (CFESS, 1999)

Nesta ótica, após os processos de transformação descritos acima, a atuação do Serviço Social em hospitais e unidades de saúde desde seu processo de institucionalização tornou-se imprescindível, principalmente nos casos que envolvem a criança e o adolescente. A presença do assistente social nesse contexto é fundamental, não apenas para auxiliar a equipe nos casos de identificação de situações de violência como as de caráter negligente ou de maus-tratos, mas também para intervir de forma articulada a fim de garantir os direitos daqueles usuários.

À vista disso, o CFESS, em 2010, elaborou um documento intitulado “Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde”, com o intuito de

apresentar as atribuições do profissional nesta área e esclarecer algumas atividades que não são de competência da categoria. De acordo com o documento, o assistente social na saúde atua em 4 grandes eixos, estes são o de Atendimento Direto ao Usuário; Mobilização, Participação e Controle social; Investigação, Planejamento e Gestão; Mobilização e Participação Social. Para o estudo acerca das práticas do Serviço Social na saúde, e em atendimento a crianças e adolescentes, foram delimitados a análise dos eixos 1 e 3. O eixo 1, de atendimento direto aos usuários é descrito pelo CFESS (2010), como um atendimento presente nos diferentes níveis de complexidade, realizado através de ações socioassistenciais, ações de articulação e ações socioeducativas. Sobre as ações socioassistenciais, o documento explicita que algumas ações desenvolvidas pelo profissional são:

- prestar orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção.
- realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;. (CFESS, 2010, p.23)

Ressalta-se, ainda, que a atuação do Serviço Social nesse atendimento deve transcender o caráter emergencial, logo, a categoria deve elaborar articulações que atendam a necessidade do usuário de maneira não pragmática.

Em segundo lugar, as ações de articulação com a equipe, servem para potencializar os encaminhamentos, pois cada profissional deve buscar contribuir com as especificidades de sua formação. Por fim, as ações socioeducativas ou a educação em saúde consiste na socialização de informações de forma individual ou coletiva sobre determinada problemática, tendo como intencionalidade a libertação e reflexão crítica do indivíduo, conforme pontuado por CFESS (2010).

Observa-se, também, que o documento dos parâmetros descreve no eixo 3, de Investigação, Planejamento e Gestão, que a criação de fluxogramas e protocolos

é fundamental na atuação do assistente social, ao reforçar a criação de estratégias e rotinas de ação, como fluxogramas e protocolos, que visem à organização do trabalho, à democratização do acesso e à garantia dos direitos sociais (CFESS, 2010, p. 63).

A partir do que foi exposto, e analisando a problemática da violência contra crianças e adolescentes, alguns hospitais e instituições de saúde tem esquematizado junto a equipe do Serviço Social fluxogramas que contribuem para o atendimento às vítimas de tal violência, e os eixos citados anteriormente, aparecem constantemente no cotidiano da prática profissional.

Ao observar o fluxograma de atuação em unidades de saúde que recebem crianças e adolescentes vítimas de violência, a ação que sob nenhuma hipótese pode deixar de acontecer, é a do preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência, que se constitui como a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública (BRASIL, 2009). Essa notificação é feita através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a notificação possibilita que os dados voltados ao índice de violência sejam coletados para que assim, ações sistematizadas sejam planejadas.

Além das ações descritas acima, ressalta-se que a equipe do Serviço Social, deve se utilizar da Política Nacional Integral à Saúde da Criança e do Adolescente, documento criado em 2018, pelo Ministério da Saúde para qualificar as intervenções das equipes de saúde que atuam com esse público. O documento, conforme mencionado anteriormente, descreve algumas ações a partir de eixos estratégicos. O eixo v - Atenção Integral à Criança em Situação de Violências, Prevenção de Acidentes e Promoção da Cultura de Paz, se encarrega de apresentar estratégias que a equipe deve incluir dentro de suas intervenções. Acerca disso, ele pontua que o referido eixo:

articula um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de

Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território (BRASIL, 2015, art. 6º, item V).

Assim sendo, a política define como algumas ações estratégicas no combate a violência a: qualificação de serviços especializados para situações de violência; definir uma linha de cuidado para crianças, adolescentes e famílias que vivenciam esta situação; articulação com a rede socioassistencial e o empenho na implementação de protocolos dentro das instituições que tenham como foco o combate a violência, conforme aponta Brasil (2018).

Analisando o que foi exposto, de maneira concisa, nota-se que o Serviço Social, apesar de ter sua gênese em berços conservadores, conseguiu se desvencilhar da atuação acrítica, em meio a tempos de censura, conseguiu se mobilizar e lutar por uma atuação pautada na seriedade que leva em consideração a teoria, a prática e o pluralismo, e que a partir da atualização do Código de Ética e guiado por seu projeto ético-político, pode se reafirmar no campo da saúde e na área da saúde da criança e do adolescente como profissional que também é fundamental dentro das equipes de atuação multiprofissional em hospitais e postos de atenção primária.

4.2 Desafios e Estratégias do Serviço Social na Saúde no Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência

Este capítulo discute as práticas do Serviço Social na saúde no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência. As informações expostas são resultado de uma pesquisa bibliográfica realizada no banco de dados Google Acadêmico. Os descritores utilizados foram: *Serviço Social, criança e violência*. Após a pesquisa, foram encontrados cerca de 16.000 resultados, os mesmos foram analisados conforme os critérios de aproximação com a temática e tempo de publicação de 10 anos. Dessa maneira, foram analisados artigos até a quinta página dos resultados do banco de dados, dentre os quais 7 produções foram escolhidas, sendo 2 duas produções realizadas a partir de entrevistas com Assistentes Sociais que atuam na área, 1 documento produzido pela categoria que guia a atuação profissional e 4 artigos que discutem a temática de forma geral. Ressaltamos aqui

que não pretendemos neste trabalho dar conta da generalidade das produções sobre a temática, mas sim identificar algumas tendências e informações sobre o seu debate acadêmico.

Para melhor compreensão dos resultados, este capítulo será dividido entre o subitem dos desafios, que será responsável por evidenciar a prática do Serviço Social na saúde e os desafios que afetam o atendimento e encaminhamento dos casos de violência, e o segundo subitem voltado às estratégias que os profissionais utilizam para contornar esses obstáculos ao decorrer de sua intervenção profissional.

4.2.1 Prática do Serviço Social e seus Desafios

O profissional do Serviço Social, segundo Guiotti (2016), é responsável por atuar frente às expressões da questão social e, dentre elas, está a violência. Dessa forma, para que essa atuação seja efetiva, a/o profissional deve se apoiar nas dimensões teórico-metodológica, aquela que dá ao profissional um direcionamento para planejar suas ações; a ético-política, que se baseia na conduta guiada pelo Código de Ética da profissão e por fim, a técnico-operativa que materializa as intervenções dos profissionais através dos instrumentais, como por exemplo, o relatório social, parecer social, estudo de caso, orientações e acolhimento e etc, conforme aponta Guiotti (2016).

Ao voltar o olhar para o campo da saúde, a/o assistente social também se apresenta como uma/um profissional que, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde, supre as necessidades biopsicossociais dos usuários, assim como garante o princípio da Integralidade. Nesse sentido, ao confrontar casos de violência infantil, é necessário que a/o profissional do Serviço Social se utilize da sua autonomia relativa para ler a realidade de forma crítica; pois, ao combinar a postura investigativa ao olhar reflexivo, será possível revelar as camadas estruturais por trás daquela violência.

É possível observar que a maioria dos casos de violência contra a criança e adolescente estão ligados a uma rede complexa de fatores ligados a violência doméstica e estrutural. Ela revela ainda, que a maioria das crianças que passam por tal situação são crianças negras, reforçando que a violência se enraíza principalmente em realidades de desigualdade. De maneira complementar, Guiotti

(2016), ao expor resultados de pesquisa qualitativa realizada com assistentes sociais que trabalham na área, expôs que a maioria dos profissionais apontou que a violência se expressa por fatores multicausais, dentre estes, estão a questão da renda, falta de acesso a serviços públicos, desestrutura familiar, entre outros.

Ao observar esses fatos, é possível dizer que a violência contra essa parcela social tem forte influência do fator estrutural, e o Estado, ao não exercer seu papel de protetor social também se transforma num possível causador de violências. Assim sendo, levar em consideração o contexto em que a criança está inserida é de extrema importância para que a equipe planeje uma intervenção adequada.

Posto isso, a intervenção adotada pelo Serviço Social deve ser alimentada sobretudo, pelo acúmulo de informações voltadas a rede em que ele está inserido, uma vez que, nem sempre os serviços públicos já referenciados constantemente apresentarão condições para suprir a alta demanda de usuários. Sobre isso, Guiotti (2016), destaca que a falta de repertório sobre os serviços de saúde em geral pode se transformar num elemento que dificulta a atuação do assistente social, devendo este, se atentar a estudar e conhecer a rede intersetorial a qual está inserido, pois, muitos casos de violência deixam de ser acompanhados após atendimento hospitalar devido a falta de acesso a esses serviços.

Avançando na abordagem das dificuldades que perpassam à atuação profissional, a intersetorialidade é uma ferramenta importante para a garantia dos direitos sociais. Segundo Wanderley (2020), a intersetorialidade é uma resposta à fragmentação das políticas públicas e se dá através da articulação entre os diferentes setores institucionais com fins a combater as expressões da questão social, atendendo às demandas dos indivíduos. Nota-se, que o Serviço Social, independente da área em que esteja inserido, necessita da rede para dar andamento às suas intervenções.

No cuidado da criança e do adolescente na saúde, por exemplo, a categoria faz um trabalho articulado contactando redes de apoio como o Conselho Tutelar, o Centro de Referência Social (CRAS), O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), Delegacia da Criança e do Adolescente (DPCA), além dos Centros que acolhem crianças que, por algum motivo, não conseguem continuar com sua família de origem, como descreve Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (BRASIL, 2019).

Todavia, o estudo de Wanderley (2020) apresenta que a intersetorialidade não se dá apenas pelas iniciativas individuais de cada profissional ou equipe, ou seja, elas devem ser reforçadas através de decisões institucionais e jurídicas. Neste sentido:

“O desafio está posto na construção de bases políticas e de mecanismos intersetoriais que estabelecem a comunicação, articulação e a formação de uma nova cultura organizacional entre órgãos e agentes públicos” (Wanderley, Martinelli, Paz. 2020. P. 10)

Nesse aspecto, avalia-se que sem o auxílio do Estado, essa articulação não consegue se manter de forma plena. O Decreto Nº 10.701, de 17 de maio de 2021 instituiu o Programa Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes e a Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes. Esse decreto, que está presente no ECA, busca articular e consolidar as políticas voltadas à garantia dos direitos da criança e do adolescente por meio de ações de capacitação e fortalecimento da rede, Brasil (2021).

Porém, é necessário analisar que apesar das regulamentações criadas ainda existem falhas de comunicação entre as redes que atuam nesse processo que é delicado e requer capacitação. Guiotti (2016), vai ao encontro deste fato, ao revelar que de acordo com a visão dos assistentes sociais entrevistados em sua pesquisa, a rede é na maioria das vezes, apresentada como enfraquecida e desarticulada, assim, o autor aborda que embora os serviços de saúde se apresentem como uma rede única, cada um têm atuado de maneira individual, dificultando o encaminhamento das vítimas aos serviços posteriores ao hospitalar.

De acordo com um estudo voltado aos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de violência num pronto socorro, Stefani (2021) descreve alguns fluxos que a instituição adotou para esse atendimento: Ao dar entrada no hospital a criança ou adolescente vítima da violência é atendida pela equipe multiprofissional composta por médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro e residentes, após isso, cada profissional contribui com sua formação para garantir os direitos daquele usuário. No caso do Serviço Social, o Conselho Tutelar é acionado imediatamente para dar encaminhamento às medidas cabíveis, quando necessário, a Delegacia da Criança e do Adolescente (DPCA) também é notificada.

O preocupante, neste cenário, é a não existência de um protocolo com fluxograma base para guiar os atendimentos às situações de violência contra jovens

e crianças dentro dos serviços de saúde. Nota-se, que embora existam documentos do Governo ou do CFESS que estimulam a criação de protocolos de atendimento contra as violências, percebe-se que algumas instituições ainda não possuem um fluxograma estabelecido. Devido a isso, a vítima pode estar sujeita ao processo de revitimização, considerando, que nem todos os serviços públicos possuirão um fluxo especial para essas situações. Desse modo, a violência irá se perpetuar e a vítima não será acolhida de forma humanizada, podendo adquirir sequelas psicológicas e sociais irreversíveis.

Destarte, ao abordar a questão da violência e o atendimento a essas vítimas nos serviços de saúde, é de suma importância destacar a questão da notificação compulsória de violência. Essa notificação é feita através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A notificação possibilita que os dados voltados ao índice de violência sejam coletados para o setor de epidemiologia que poderá estudar e criar ações sistematizadas no combate.

Todavia, verifica-se que muitas/os trabalhadoras/es de outras categorias profissionais, não realizam o processo de notificação de violência, o que acaba prejudicando o andamento das intervenções, uma vez que, a notificação recai sobre a/o profissional do Serviço Social como uma atribuição privativa, quando na verdade não é. Além disso, os fluxos de notificação quase nunca são seguidos e acabam se tornando subnotificações, seja por desconhecimento da ficha do SINAN, seja por medo de represálias por parte de familiares assim afirma Campoamor (2024). A Subnotificação, é um obstáculo perigoso no combate a violência, uma vez que ela interfere diretamente nas práticas de saúde, tendo em vista, que com informações incompletas sobre o perfil epidemiológico dos contingentes populacionais que sofrem com a subnotificação, medidas de saúde deixam de serem tomadas gerando agravos na área da saúde e consequentemente afetando a atuação do Serviço Social.

Em suma, afirma-se que os desafios são diversos, a/o assistente social deve elaborar respostas efetivas frente ao contexto de precarização e de ataques neoliberais aos serviços públicos sem se desviar de seu projeto ético-político, conforme discutiremos nas estratégias de intervenção no subitem a seguir.

4.2.2 Estratégias de Intervenção acerca da Violência Contra Crianças e Adolescentes nos Serviços de Saúde

Após a identificação de alguns desafios que perpassam a prática do Serviço Social neste atendimento, faz-se necessário, também, expor estratégias que a equipe do Serviço Social tem utilizado para dar encaminhamento nas suas intervenções, segundo as referências bibliográficas identificadas.

Expondo inicialmente o documento dos Parâmetros de Atuação na Saúde produzido pelo CFESS, nota-se que educação em saúde pode ser uma ferramenta poderosa neste cenário. Neste documento, o Conselho Federal de Serviço Social explicita que a atuação de atendimento direto ao usuário pode ser dividida entre ações socioassistenciais, interdisciplinares e socioeducativas. Dando enfoque às ações socioeducativas, elas são aquelas que consistem em orientar e socializar informações aos usuários por meio de abordagens coletivas ou individuais. Uma ferramenta que possibilita a concretização desse processo é a Educação em Saúde. Ela tem como objetivo:

Intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. Desta forma, tem-se por objetivo a consciência sanitária, conceito fundamental da Reforma Sanitária. (CFESS, 2010, p.30)

Ademais do documento do CFESS, há uma Política de Educação em Saúde no âmbito do SUS. A educação em saúde é uma estratégia muito utilizada pelos profissionais do Serviço Social como forma de promover essa conscientização e autonomia dos usuários dentro dos serviços públicos. Em situações em que a criança e o adolescente devem estar protegidos pelo Estado, pela sociedade e pela família, o acesso à informação pode salvar vidas. Nesta ótica, a equipe do Serviço Social ao se utilizar dessa abordagem pode fortalecer o vínculo entre a família e a criança, que muitas das vezes, vive em situações de precariedade e sem acesso a informações voltadas à temática.

A orientação e acolhimento, nesse momento, se caracteriza como uma forma de prevenção, ajudando a evitar que o crime aconteça ou que se repita, uma ação efetiva é garantir a interrupção da violência caso se trate de situações atuais. O Serviço Social neste quadro, fará encaminhamentos e articulações com esta

finalidade. Sendo assim, existem algumas atividades colocadas no documento que podem ser adotadas pelos profissionais para esse atendimento, como a criação de grupos socioeducativos e de sensibilização junto aos usuários, sobre direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS; o desenvolvimento de ações de mobilização na comunidade e junto à população usuária dos serviços, objetivando a democratização das informações da rede de atendimento e direitos sociais; a realização de ações coletivas de orientação com a finalidade de democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade; o desenvolvimento de atividades nas salas de espera com o objetivo de socializar informações e potencializar as ações socioeducativas, entre outras ações, conforme descrito em (CFESS, 2010, P.30).

Dando continuidade, vão ser expostas agora estratégias obtidas através dos artigos escolhidos da maneira explicitada anteriormente. Primeiramente, Guiotti (2018), através de uma pesquisa de campo entrevistando assistentes sociais que já trabalharam com casos de violência, destacou algumas estratégias a serem adotadas pelo Serviço Social, como a obtenção de um olhar crítico do profissional, levando em consideração que o caso de violência pode revelar diversas outras fragilidades presentes na vida da criança/adolescente. É por esse motivo, que o A.S deve adotar uma “Postura Investigativa”, se articulando as dimensões teórico-metodológica, ética-política e técnico-operativa, evitando que uma sobreponha a outra. Outra estratégia a ser adotada é a adoção de ações conjuntas com a rede de apoio, tendo em vista que o trabalho nesses casos deve acontecer de maneira conectada, desde a identificação da violência, até seu tratamento após alta hospitalar.

Fazendo uma ligação com a visão de Wanderley (2020), apresentada anteriormente no item dos desafios, conclui-se que a intersetorialidade dependendo de como aplicada pode ser, dialeticamente, desafio ou em uma estratégia, o que vai diferenciar um ponto do outro é seu fortalecimento. Ou seja, quando a intersetorialidade se encontra fragilizada, a carência da mesma se transforma num obstáculo nos encaminhamentos dos casos de violência, porém, quando a intersetorialidade é fortalecida e é prioridade nos serviços públicos, ela é caracterizada como uma estratégia e serviço fundamental no combate às violências. Muitas vezes, o seu fortalecimento ou fragilidade não tem relação direta ou exclusiva com a atuação dos profissionais, mas sim com a estruturação das próprias políticas públicas no contexto de contrarreforma neoliberal.

Ainda assim, Wanderley (2020), discorre que a intersetorialidade é uma estratégia que possibilita o compartilhamento das responsabilidades por parte dos órgãos públicos e é um elemento essencial para a implementação das ações dentro desses serviços, levando em consideração que as políticas sociais independente de onde façam parte, devem ser planejadas e implementadas a partir de um caráter transversal.

Voltando a Guiotti (2018), outras estratégias identificadas foram a adoção de ações preventivas através de campanhas tanto no trabalho, quanto dentro de escolas e próximo a comunidade junto às famílias. O autor revelou a partir da resposta de uma assistente social entrevistada, que a falta de acionamento dos órgãos nos casos de violência - desafio citado no item anterior, é caracterizada muitas vezes pela falta de proximidade com a ficha de notificação, desse modo, a capacitação profissional é outro ponto a ser levado em consideração, e que deve ser cada vez mais implementado pelo Estado, para que o fazer profissional seja aperfeiçoado.

Para isso acontecer, é necessária a contribuição do Governo na criação de políticas democráticas que promovam a capacitação de toda equipe sobre como lidar com as situações de violência, demonstrando quais encaminhamentos devem ser feitos, essa ação contribuiu para que a intervenção humanizada não fique apenas a cargo do Serviço Social, mas sim de toda equipe que compõe os serviços de saúde.

Por outro lado, Stefani (2021) relembra que a família também desenvolve um papel importante para prevenir as violências contra jovens e crianças. A autora discorre que faz-se necessário um trabalho efetivo em conjunto com os responsáveis para que a compreensão do que é violência e seus impactos seja instaurada. Além disso, outras medidas mencionadas foram a do preenchimento da ficha de notificação por parte do profissional e a realização da denúncia frente aos casos de violência pela sociedade. Nota-se aqui, que essas duas ações só serão adotadas se a intervenção realizada partir de um profissional qualificado que realize um trabalho de mobilização e orientação popular, que já foram mencionados anteriormente neste item.

De maneira complementar, Campoamor (2024) também traz estratégias importantes para o debate. Sabendo que o preenchimento da ficha de notificação de violência é essencial para um atendimento comprometido e qualificado, a autora

pontua a importância da uniformização dessas ações. Foi levantado no item anterior, a problemática da inexistência de um fluxograma base para o atendimento dos casos de violência, sendo assim, observa-se que a uniformização desse serviço seria uma estratégia relevante adotada pelo Governo para sistematizar os atendimentos e evitar a revitimização das crianças e adolescentes.

Outrossim, Araújo et al (2018) que também realizou entrevista com assistentes sociais, coloca que a dimensão crítica é importante mas a criatividade não deve ser ignorada. Logo, o autor explica que o fazer criativo é muitas vezes uma estratégia importante nos encaminhamentos dessas vítimas, pois, nem sempre os serviços conhecidos estarão disponíveis para atender os usuários por ele encaminhados. Sendo assim:

O assistente social pode dispor de um discurso de compromisso ético-político com a população, mas se não realizar uma análise das condições concretas vai reeditar programas e projetos alheios às necessidades dos usuários, assim como, continuará limitado ao conhecimento apenas das políticas públicas mais difundidas, e com isso, impedindo que o jovem tenha acesso a bens e serviços desconhecidos pelo profissional. (Araújo et al, 2018, p.84)

Por esse motivo, a criatividade consoante a atuação qualificada pode impedir que a setorização aconteça e garantir que a criança e adolescente após alta hospitalar, seja assistida, próxima a sua localidade, garantindo um atendimento intersetorial e integral.

A partir do exposto, é relevante destacar que 2 estratégias estiveram presentes em quase todos os artigos mencionados, sendo elas o fortalecimento da rede intersetorial que esteve presente em todos os artigos, e a adoção da capacitação permanente mencionada em 4 dos 5. Este levantamento possibilita a identificação dos principais pontos a serem aperfeiçoados para o enfrentamento na área da saúde das situações de violência contra crianças e adolescentes.

De forma conclusiva, faz-se necessário refletir sobre os desafios e estratégias que foram abordadas ao longo deste capítulo, as informações aqui apresentadas, poderão subsidiar a categoria do Serviço Social na elaboração de respostas que atendam às complexas demandas existentes dentro de um sistema que vive sob constante ataque como é o caso da saúde pública. É preciso, desse

modo, sempre identificar às possibilidades para fortalecer as intervenções e enfrentar os desafios do cotidiano.

5. Considerações Finais

Este trabalho teve como objetivo discutir os desafios que afetam a atuação do Serviço Social na saúde no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência. A partir da revisão bibliográfica e documental em conjunto com a análise dos dados é possível concluir que a política de saúde no Brasil, teve uma evolução extraordinária marcada por lutas e reivindicações dos movimentos populares que contribuíram para criação do Sistema Único de Saúde.

Esse grande sistema que defende a saúde como direito básico, disponibiliza políticas e serviços que combatem a violência contra crianças e adolescentes, as/os assistente sociais entram nesse contexto como mediadores fundamentais para que esses serviços cheguem até a população, por conseguinte, esse profissional tem o dever de atender as necessidades da sociedade à medida em que viabiliza os seus direitos.

O objetivo deste trabalho foi atingido, considerando que foram encontrados alguns desafios que dificultam o atendimento do Serviço Social na saúde nos casos de violência contra crianças e adolescentes. Nesta lógica, observou-se que a falta de aprimoramento teórico e prático, consoante a questões como a fragilidade da rede intersetorial, a falta de um fluxograma base contra a violência infanto-juvenil, e o pouco conhecimento acerca da ficha de notificação de violência compulsória, eram obstáculos existentes nesta área.

Porém, apesar da existência dos desafios, vale salientar que o estudo contribuiu no entendimento de que o profissional do Serviço Social nesta luta, deve se apoiar em estratégias como a implementação de ações que envolvam a educação em saúde, prezando pela interdisciplinaridade e o trabalho em equipe nos casos que envolvam a violência contra crianças e adolescentes, ademais, a formação continuada e a educação permanente em consonância com uma maior intervenção do Estado através de políticas que promovam intervenções humanizadas nesta área podem ser de grande ajuda no combate e erradicação dos desafios vistos no presente trabalho.

Referências Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ASSISTENTES SOCIAIS (ABAS). **Código de Ética Profissional do/a Assistente Social**.1847. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1947.pdf . Acesso em: 31 jul. 2025.

ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social). **ECA 31 anos: avanços, desafios e ameaças aos direitos de crianças. 2021** Disponível em: <https://abepss.org.br/wwwabepssorgbreca31anos-472>. Acesso em: 31 jul. 2025.

ADUSP – Associação dos Docentes da Universidade de São Paulo. Revista Adusp, n. 38, setembro 2006. Disponível em: <https://www.adusp.org.br/files/revistas/38/r38a03.pdf>. Acesso em: 30 Jul. 2025.

ARAÚJO, Érik e ATAÍDE, Marlene. Vista do Serviço Social: intervenção em um hospital de urgência e emergência diante da rede de atenção ao paciente jovem vítima de violência urbana. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 2019. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2233/1778>. Acesso em: 10 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986**. Atualizado em 21 jun. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-8a-conferencia-nacional-de-saude/view>. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, 28 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991**. Brasília, 24 jul. 1991. Atualizada. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção primária e atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 09 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 11 mar. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/sistemas-de-informacao/sinan>. Acesso em: 11 mar. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000**. Brasília, 13 set. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Brasília, 13 jan. 2012. Texto atualizado. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 29 jul. 2025

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Brasília, 15 dez. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016**. Brasília, DF: CNS, 12 fev. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/fevereiro/saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em: 09 jun. 2025.

Barros e Brito. **A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista**. 2019. Disponível em: https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq_44_art3.pdf. Acesso em: 29 jul. 2025.

Bravo e Pelaez. **A Saúde nos Governos Temer e Bolsonaro: Lutas e Resistências**. 2020. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/328031231.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019**. Brasília, 11 abr. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9759.htm. Acesso em: 30 jul. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz: você é a**

peça principal para enfrentar este problema. 2009. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia_saude_crianças_adolcentes.pdf. Acesso em: 30 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Disque 100 tem mais de 6 mil denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes em 2021.** 2021. Disponível: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/maio/disque-100-tem-mais-de-6-mil-denuncias-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-em-2021>. Acesso em: 30 jul. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022.** 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14344.htm. Acesso em 30 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Aviso de pauta: Governo anuncia plano de contingência para crianças e adolescentes vulneráveis.** Brasília, 13 jul. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/julho/aviso-de-pauta-governo-anuncia-plano-de-contingencia-para-criancas-e-adolescentes-vulneraveis>. Acesso em: 30 jul. 2025

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 847, de 25 de junho de 1993.** 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm. Acesso em: 30 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/sistemas-de-informacao/sinan>. Acesso em: 31 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 31 jul. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 17.943-A, de 1927.** Diário Oficial da União, 1927. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d17943a.htm. Acesso em: 30 jul. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 4.513, de 1º de dezembro de 1964.** Revogada pela Lei nº 8.069, de 1990. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=4513&ano=1964&ato=2eelzYE9UNVRVT68b>. Acesso em: 30 jul. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 10.701, de 17 de maio de 2021.** 2021. Disponível

em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/decreto/d10701.htm. Acesso em 31 de jul. 2025.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. 2004. Disponível em: <https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2025.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. Cortez Editora, 2013. Disponível em: <https://www.cortezeditora.com.br/Categoria/saude-e-servico-social-no-capitalismo-fundamentos-sociohistoricos-1387/p>. Acesso em: 11 mar. 2025.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011. Disponível em: https://portal-antigo.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/politica_social_fundamentos_e_historias_-_behring_boschetti.pdf. Acesso em: 29 jul. 2025.

CAMPOAMOR, Marília; MARTINEZ, Edson; SANTOS, Claudia. **Fluxo da violência contra crianças e adolescentes na Rede de Atenção à Saúde: desafios e necessidades**. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2024.v34/e34058/>. Acesso em: 14 mar. 2025.

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo, 25 fev. 2010. Disponível em: https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes_Sa%C3%BAde-e-Democracia.pdf. Acesso em: 29 jul. 2025.

CFESS - CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética do/a Assistente Social – Lei 8.662/1993**. 1993. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 31 jul. 2025.

CFESS - CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a atuação dos assistentes sociais na saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 15 mar. 2025.

CFESS - CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **30 Anos do Congresso da Virada**. 2009. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-CongressodaVirada-Site.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2025.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em 16 mar. 2025.

GUIOTTI, Thaís Assis Motta; OLIVEIRA, D. E. S. D.; SILVA, Maria das Neves Firmino da. **A perspectiva do assistente social atuante na assistência hospitalar sobre a violência doméstica contra crianças e adolescentes**. 2016. Disponível em:

<https://scholar.archive.org/work/op3sk2rmrzfzlcgxkeprc6n5n4/access/wayback/https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/levs/article/download/5974/4012> . Acesso em: 31 jul. 2025.

Hochman G. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)**. Educ. rev. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/YFprXwcGwr3jrnCXwRM8TGb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 jul. 2025.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **A Questão Social no Capitalismo**. *Temporalis*, 2001. Disponível em: <https://www.unirio.br/cchs/ess/Members/rafaela.ribeiro/introducao-ao-servico-social-2024.2/revista-temporalis-n-3-a-questao-social-no-capitalismo-iamamoto-m>. Acesso em: 30 jul. 2025.

INFRAPREV. **A história da previdência no Brasil**. 2024. Disponível em: <https://www.infraprev.org.br/a-historia-da-previdencia-no-brasil/>. Acesso em: 29 jul. 2025.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Anos 1980, década perdida ou ganha?**. Portal Desafios, disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2759:catid=28. Acesso em: 29 jul. 2025.

JORNAL A VERDADE. **O desastre da economia, da saúde e da educação na Ditadura Militar**. Publicado em jan. 2015. Disponível em: <https://averdade.org.br/2015/01/o-desastre-da-economia-da-saude-e-da-educacao-na-ditadura-militar/>. Acesso em: 29 jul. 2025.

Luz MT. **Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de "Transição Democrática": anos 80**. Physis. 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hkt7TRS9SPNW4yrFGgnFkPG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29. jul. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde**. São Paulo: Cortez, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/mQqmmSTBf77s6Jcx8Wntkgg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2025.

MINAYO, M. C. de S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. Acesso em 18 fev. 2025. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em 11 mar. 2025.

MIRANDA, H. S. **A Febem, o Código de Menores e a “pedagogia do trabalho” (Pernambuco, 1964-1985)**. 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/25316/19524>. Acesso em: 30 jul. 2025.

MONTEIRO, Débora Lacerda Alvarenga. **Análise histórica do Código de Menores de 1927 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. 2024. Disponível em: <https://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositoriottcc/article/view/4172/3187>. Acesso em: 16 jun. 2025.

MATOS, I. B. de S. **A intervenção do assistente social com adolescentes: um resgate histórico**. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/16638>. Acesso em: 31 jul. 2025.

Netto, José Paulo. Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. Brasil. Cortez Editora, 2017. Disponível em: <https://www.unirio.br/cchs/ess/Members/vanessa.bezerra/2022-1/disciplinas/servico-social-2/texto-3/Ditadura%20e%20Servico%20Social%20-2017.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual de vigilância das doenças imunopreveníveis**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2003. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 30 jul. 2025.

PASSOS, Rômulo. **Tratado do SUS: saúde pública e epidemiologia para concursos e residências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Sanar, 2023. Disponível em: <https://www.romulopassos.com.br/pacotes/ver/livro-tratado-do-sus-saude-publica-e-epidemiologia-mais-curso-bonus>. Acesso em: 29 jul. 2025.

SAMPAIO, Daniel Pereira. **Fundo público e desenvolvimento regional no Brasil: elementos para debate no contexto do novo arcabouço fiscal**. Argumentum, 2024. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9535820.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2025.

Souza, Renilson. **Construindo o SUS. A Lógica do Financiamento e o Processo de Divisão de Responsabilidades entre as Esferas do Governo**. 2002. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf. Acesso em 29. jul. 2025.

STEFANI, Irani Amaral Cunha. **Uma análise da violência sexual infantil e o atendimento às vítimas no pronto socorro do HC/UFU: uma abordagem do Serviço Social**. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/31376>. Acesso em: 11 mar. 2025.

SALCI, M. A.; MACENO, P.; ROZZA, S. G.; SILVA, D. M. G. V.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. **Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões**. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VSDJRgcjGyxnhKy8KvZb4vG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 31 jul. 2025.

UNICEF BRASIL; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil: (2021–2023).** 2024. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/media/30071/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil-v04%20\(003\).pdf.pdf](https://www.unicef.org/brazil/media/30071/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil-v04%20(003).pdf.pdf). Acesso em 30 jul. 2025.

UNICEF Brasil. **História dos direitos da criança.** 2025. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/historia-dos-direitos-da-crianca>. Acesso em: 30 Jul. 2025.

VERDÉLIO, Andreia. **Governo altera comissão de combate à violência sexual contra crianças e adolescentes.** Agência Brasil, Brasília, 10 set. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-09/governo-altera-comissao-de-combate-violencia-sexual-contra-criancas>. Acesso em: 30 jul. 2025.

Visão Mundial. **76 % das vítimas de homicídios de crianças e adolescentes são negras, aponta pesquisa.** 2021 out. Disponível em: <https://visaomundial.org.br/noticias/76-das-vitimas-de-homicidios-de-criancas-e-adolescentes-sao-negras-aponta-pesquisa#:~:text=Segundo%20o%20levantamento%20C%20entre%20os>. Acesso em: 30 jul. 2025.

WANDERLEY, M. B.; MARTINELLI, M. L.; DA PAZ, R. D. O. **Intersetorialidade nas políticas públicas.** *Serviço Social & Sociedade*, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/DPfFVvJzjDFYSzB9NWWHv7z/>. Acesso em: 18 fev. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constituição da Organização Mundial da Saúde.** assinada em 22 de julho de 1946, entrou em vigor em 7 de abril de 1948. In: WHO – Governance. Disponível em: https://www-who-int.translate.goog/about/governance/constitution?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt&_x_tr_pto=tc. Acesso em: 31 jul. 2025.