

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR LITORAL  
CÂMARA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:  
CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DE SITUAÇÕES ATENDIDAS NO HOSPITAL  
REGIONAL DO LITORAL EM PARANAGUÁ**

**MATINHOS  
2015**

**CLARA MARIA DA SILVA MOREIRA**

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:  
CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DE SITUAÇÕES ATENDIDAS NO HOSPITAL  
REGIONAL DO LITORAL EM PARANAGUÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Câmara do Curso de Graduação em Serviço  
Social da Universidade Federal do Paraná – UFPR  
Setor Litoral – como requisito parcial para  
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Taísa da Motta Oliveira

**MATINHOS  
2015**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, ao meu pai Ademir do Rosário e minha mãe Carmem Lúcia da Silva .

## RESUMO

**CONTEXTUALIZAÇÃO:** A escolha da violência sexual contra crianças e adolescentes como tema para meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) deriva das vivências e atividades executadas no Hospital Regional do Litoral em Paranaguá em 2014, quando realizei o meu processo de estágio obrigatório, analisando a instituição e observando os atendimentos e a equipe multidisciplinar, entendendo que essas situações de violências não se encerram com medicação ou com alta médica. Os casos de violência precisam ser entendidos em sua totalidade e no âmbito de uma rede de atenção integrada, pois a integridade, não apenas física das crianças em situação de vulnerabilidade, precisa ser garantida. **OBJETIVOS:** Levantar e analisar os dados existentes sobre crianças, adolescentes e familiares vítimas de violência sexual atendidos no Hospital Regional do Litoral em Paranaguá; Analisar as informações constantes na ficha de notificação do hospital; tabular as informações e construir estatísticas sobre os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes em Paranaguá; Apresentar e discutir bibliografia sobre o tema. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, mas que possui uma dimensão interventiva. Sua operacionalização se dará por meio de pesquisa documental, pesquisa bibliográfica e estudo de caso. A pesquisa bibliográfica será efetuada através da leitura e análise de artigos, monografias, dissertações e teses que abordam a questão. A pesquisa documental será feita a partir do levantamento, análise e classificação de dados existentes no hospital, dando ênfase nas fichas de notificações compulsórias. **RESULTADOS ESPERADOS:** Apresentar as análises dos dados adquiridos, mostrando assim as dificuldades enfrentadas no decorrer da pesquisa propondo assim intervenções objetivas que contribuam para a ampliação da compreensão da questão no litoral nas lacunas encontradas.

**Palavras-chaves:** Criança; Adolescente; Violência Sexual; Fichas de Notificação Compulsória

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** The choice of sexual violence against children as the theme for my Work Course Conclusion (TCC) derived from the experiences and activities carried out in the Coastal Regional Hospital in Paranaguá in 2014, when I did my mandatory stage process, analyzing institution and observing the care and the multidisciplinary team, understanding that these situations of violence do not end with medication or medical discharge. Cases of violence need to be understood in its entirety and within a network of integrated care as integrity, not only physical children in vulnerable situations, need to be guaranteed. **OBJECTIVES:** Raise and analyze existing data on children, adolescents and families victims of sexual violence treated at the Coastal Regional Hospital in Paranaguá; Analyze the information in the hospital report form; tabular information and build statistics on cases of sexual violence against children and adolescents in Paranaguá; Present and discuss literature on the subject. **METHODOLOGY:** This is a descriptive, but that has an interventional dimension. Its implementation will be through desk research, literature and case study. The literature search will be performed through reading and analysis of articles, monographs, dissertations and theses that address the issue. The desk research will be made from the survey, analysis and classification of data on hospital, emphasizing the chips compulsory notifications. **EXPECTED RESULTS:** To present the analysis of the acquired data, showing the difficulties faced during the research objective and propose interventions that contribute to the expansion of understanding of the issue on the coast in the gaps found.

**Keywords:** Children; Adolescents; Sexual violence; Sheets Compulsory Notification

## **AGRADECIMENTOS**

À minha mãe Carmem Lúcia da Silva, por todos esses anos de companheirismo em todos os aspectos da minha vida, pelo apoio fosse nos maus momentos ou bons momentos. À ela, o meu sincero “ muito obrigada ” por toda alegria, apoio incondicional , estímulo e inspiração que sempre injetou em minha vida. Agradeço, também, à minha orientadora Professora Msc. e assistente social Taísa da Motta Oliveira, pelos meses de transmissão segura e paciente de conhecimento.

Finalmente, agradeço àquele que me guia e fortalece a minha vida, meus passos e minha decisões: Deus onipresente; onisciente e onipotente.

## SUMÁRIO

Introdução .....	01
1. Histórico da saúde no Brasil: Do período anterior a reforma sanitária ao SUS .....	05
1.1 Histórico da saúde antes da Reforma Sanitária .....	05
1.2 Reforma Sanitária (1980) .....	09
1.3 Criação e Institucionalização do Sistema Único de Saúde ( SUS – década de 90) .....	16
1.4 Criação das Redes de Atenção em Saúde .....	19
1.5 Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Saúde .....	21
1.6 Histórico da Saúde em Paranaguá – PR: Da Santa Casa ao Hospital Regional do Litoral .....	26
1.6.1 Política Social em que a instituição está inserida .....	28
1.6.2 O Serviço Social no Hospital Regional do Litoral .....	29
2. Apontes Teóricos e Quantitativos sobre a violência: Imprescindível compreensão para a questão da Saúde .....	31
3. Análise dos dados encontrados: O que a palestra e as fichas de notificação do Hospital Regional do Litoral nos mostram sobre a violência contra crianças e adolescentes? .....	37
4. Conclusão .....	44
5. Anexos .....	46
6. Referências .....	48

## Introdução

O presente trabalho de conclusão de curso aborda o tema violência sexual praticada contra a criança e adolescente, apresentando a ação interdisciplinar como principal método de intervenção para a proteção dos direitos humanos da criança e adolescente.

Entendida como fenômeno social, faz-se necessário envolver a família e diferentes profissionais que costumam interagir com a criança, nessa tarefa, cada um deve exercer funções distintas, todas elas especializadas. Uma vez que o trabalho com vítimas de violência sexual requer uma proposta de atendimento interdisciplinar, nessa direção é necessário investigar a realidade em que as crianças e adolescentes vítimas de violência são atendidas. Com o propósito de discutir as possibilidades e os limites das intervenções locais, visando apontar caminhos que possam concretizar a política de proteção à criança, especialmente no ambiente hospitalar, tenho como objetivo principal de estudo a pesquisa e análise dos dados das crianças, adolescentes e familiares, vítimas de violência sexual, atendidas no Hospital Regional do Litoral em Paranaguá.

Entretanto meus objetivos específicos para esta pesquisa consistem em: a) analisar os dados já existentes que constam na ficha de notificação compulsória do Hospital; b) avaliar a necessidade de implementação de uma ficha complementar para obtenção de informações que contribuam para a ampliação da compreensão da questão no litoral; c) tabular as informações e construir estatísticas sobre os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes em Paranaguá; d) apresentar e discutir bibliografia sobre o tema.

A escolha da violência sexual contra crianças e adolescentes como tema para meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) deriva das vivências e atividades executadas no Hospital Regional do Litoral em Paranaguá em 2014, quando realizei o meu processo de estágio obrigatório. No transcorrer desta experiência e com base nas situações de violências presenciadas, eu e minha colega de classe do curso de graduação em Serviço Social (Turma 2011), Manoela Carla Velomim, construímos o projeto de intervenção “Palestra: Violências e suas Complexidades”. Enfocando a violência doméstica contra a

mulher e a violência sexual contra crianças e adolescentes, o projeto foi executado através de um ciclo de palestras proferidas aos funcionário(a)s do HRL que participam nos atendimentos de casos de violência tendo como palestrantes: Marcos Signorelli – Doutor em Saúde Coletiva; Bruno Maidl – Especialista em Ministério Público, Estado Democrático de Direito e Ciências Penais; Simone Rodrigues do Rosário – Pres. Do Conselho Tutelar de Paranaguá; Maria Alice Oliveira do Carmo e Patrícia Hello Xavier – Assistentes Sociais do Hospital de Clínicas em Curitiba. O projeto de intervenção objetivou contribuir com a humanização dos atendimentos destes casos.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, pedra fundamental de nossa moderna convivência civilizada, estabelece, no seu art. 3º, que “todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” e adiciona, no art. 5º: “ninguém será submetido à tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”. Mais recente, a Declaração Universal dos Direitos da Criança estabelece, no seu Princípio VI - Direito ao amor e à compreensão por parte dos pais e da sociedade, que “a criança necessita de amor e compreensão, para o desenvolvimento pleno e harmonioso de sua personalidade”. A Constituição Federal estipula, no seu art. 227: “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”.

Não obstante todo esse aparelho de recomendações, normas e resoluções, diariamente somos surpreendidos com notícias de graves violações, de atos de extrema barbárie praticados, em muitos casos, pelas pessoas ou instituições que deveriam ter a missão de zelar pela vida e pela integridade dessas crianças e adolescentes: suas famílias e as instituições públicas ou privadas que, em tese, seriam os responsáveis pelo resguardo dos mesmos. Ainda mais: o que chega à luz pública, o que consegue furar o véu da vergonha, do estigma e do ocultamento, parece ser só a ponta do iceberg, uma mínima parcela das agressões, negligências e violências que, de fato, existem e subsistem em nossa sociedade.

Sendo assim no decorrer dessa pesquisa irei analisar o fluxo da assistência no Hospital Regional do Litoral em Paranaguá á crianças e adolescentes vítimas de violências sexuais, contribuindo com a humanização dos atendimentos destes casos, entendendo que não se encerram com medicação ou com alta médica. Os casos de violência precisam ser entendidos em sua totalidade e no âmbito de uma rede de atenção integrada, pois a integridade, não apenas física das crianças em situação de vulnerabilidade, precisa ser garantida.

Assim como mencionado acima tenho como propósito conhecer e compreender, através de análises nas fichas de notificações compulsórias preenchidas e arquivadas no Hospital Regional do Litoral em Paranaguá, determinadas lacunas nas notificações sobre os casos de abuso contra crianças e adolescentes. Espera-se reverter esse processo com a proposição e aplicação de uma ficha com questões que possibilitam o levantamento de dados mais precisos e que assim possam efetivamente embasar projetos e estratégias em rede para o enfrentamento deste problema social. Para que com o tempo se reduza cada vez mais os casos de violência sexual contra criança e adolescente, porém antes que haja esta redução é necessário a conscientização da situação vivenciada pelas vítimas.

Defino minha metodologia de pesquisa como descritiva, de acordo com GIL (1999, p.42) possuindo também uma dimensão interventiva. Sua operacionalização se dará por meio de pesquisa documental, pesquisa bibliográfica, entrevistas e estudo de caso. A pesquisa bibliográfica será efetuada através da leitura e análise de artigos, monografias, dissertações e teses que abordam a questão. A pesquisa documental será feita a partir do levantamento, análise e classificação de dados existentes no hospital.

Também serão escolhidos e analisados alguns casos de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por meio de “estudo de caso” caracterizado por GIL (1999, p.72-73) como um estudo profundo de um ou pouco objetos, “de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado”. Caso no processo de análise da documentação dos atendimentos seja constatada que as informações existentes não são suficientes para a construção de projetos e

estratégias de enfrentamento da questão em sua totalidade, irei propor à equipe do hospital a adoção de uma ficha complementar que será construída com base nas lacunas que por ventura sejam detectadas nas notificações existentes.

O trabalho foi dividido em três capítulos, no primeiro capítulo trago a base teórica da história da saúde pública no Brasil, abordando a situação atual da Saúde Pública na cidade de Paranaguá- PR, da Santa Casa de Misericórdia ao Hospital Regional do litoral onde foram realizadas as minhas pesquisas. No segundo capítulo venho esboçar com base em aportes teóricos e análises quantitativas a situação de violência para a compreensão da questão na saúde. Encerro o terceiro e último capítulo do meu trabalho apresentando através de tabulações de dados e referencial teórico a imprescindível intervenção no que diz respeito à violência sexual contra criança e adolescente, propondo assim na minha conclusão um projeto a ser implantado no HRL.

## 1. HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL: DO PERÍODO ANTERIOR A REFORMA SANITÁRIA AO SUS

### 1.1 Histórico da Saúde antes da Reforma Sanitária

Tendo em vista o cenário atual da Saúde Pública é necessário percorrer o território histórico em que se foram constituindo como política e como prática a saúde no Brasil. Assim traçarei com o objetivo de compreender minimamente a história desse objeto os anos que vão desde a Primeira República à Revolução de 1930, iniciando com a ascensão getulista e indo até a experiência democrática que elegeu, sucessivamente, o próprio Getúlio, e seus sucessores não diretos Juscelino, Jânio e João Goulart. A parte da história corresponde a ditadura militar com mais especificidade às últimas duas décadas do século XX, pois esses são os anos que iniciam a emergência da Reforma Sanitária e chegam à institucionalização do SUS e a regulamentação do Sistema Privado de Saúde.

Embora mantivessem estreita relação entre si, existiam círculos profissionais distintos da Medicina e da Saúde Pública que formulavam projetos para suas práticas. Projetos segundo concepções higienistas, generalistas ou especialistas, que se distinguiam em questões como descentralização vs centralidade administrativa, escopo das ações a serem colocadas sob responsabilidade estatal, natureza das ações a serem desenvolvidas, entre outras.

Nas décadas iniciais do século passado houveram intensos debates entre as duas correntes, ora se inclinavam em defesa de uma ora de outra formulação de acordo com o alinhamento em que se encontravam - médico/científico ou higienista/sanitário. Seus contendores anteciparam, ou puseram em cena, debates em torno de propostas como a reorganização e unificação dos serviços de saúde, que continuariam a ser explicitadas ao longo das décadas seguintes (Pereira Neto, 2001) e que perduram até o momento atual.

Em vista dos perfis profissionais identificados, foram calorosos os debates do Congresso de 1922, sobre tudo relativos às posições acerca da presença do Estado na saúde e no mercado de trabalho. De um lado, os higienistas, favoráveis ao incremento da presença estatal. De outro, especialistas e generalistas,

reivindicando justamente o contrário, limitação dessa presença, isto acontecia, segundo Pereira Neto (*ibidem*), porque, para estes, o incremento do papel intervencionista no Estado, traz em si, simultaneamente, o poder de ampliar e de reduzir a oferta de trabalho para o médico. Poder que se mantém até hoje, apesar da ação estatal, desde então, ter transformado o Estado em principal contratador de mão-de-obra, e difundido a criação de demandas profissionais.

Paralelamente a esta modalidade predominante, convivem as práticas filantrópicas – voltadas para os indigentes e ancoradas pela assistência religiosa – em que se destaca a instituição hospitalar conhecida como *Santas Casas*, herança colonial portuguesa que se difundiu e desdobrou num verdadeiro sistema de assistência á pobreza<sup>1</sup>.

A situação de restrição assistencial vai sofrer, contudo, suas alterações mais significativas com o aparecimento das Caixas de Aposentadoria e Pecúlio, em 1923, por iniciativa dos próprios trabalhadores, com forte influência do pensamento coletivista trazido na bagagem dos imigrantes. Com elas, tornar-se-ão presentes nas empresas os Serviços de Assistência Social aos trabalhadores, o que inclui serviços médicos para eles e seus familiares, para os quais as Caixas cumpriram o papel de compradores diretos do trabalho médico, permitindo a primeira leva de expansão da clientela assistida e alargando as bases restritivas da assistência médica.

Além destas características, o que marca a saúde, a partir da década de 1920 é o nascimento de uma organização que constitui a base da previdência social, sua transcendência ganha ainda maior significado pela vinculação estreita que manterá com a questão da assistência à saúde até os dias atuais. Ressaltando assim a posição defendida por Oliveira & Teixeira (1989) de que o sistema das caixas dos anos 1920 representa o marco fundador de um sistema de previdência social. É o momento jurídico de sua institucionalização, que ocorre com a promulgação da Lei Elói Chaves em 1923, com base nos argumentos que apresentam as experiências anteriores que tinham amplitude limitada e restrita a

---

<sup>1</sup> A primeira Santa Casa de Misericórdia data de 1543 e funciona até hoje em Santos (SP). Entre esta data e até 1900 foram fundadas outras cento e três; de 1901 até 1940, foram fundadas mais cento e vinte e seis. Considere-se o pequeno número de hospitais, e se verá a importância que tiveram esses estabelecimentos para a assistência médica á população como modelo de vinculação á comunidade e do sentimento de altruísmo, fortemente vinculados à instituição religiosa que as sustentava ( Lima – Gonçalves, 2002).

setores específicos e nem mesmo chegaram a ter implementação efetiva, ao passo que as caixas de 1920, regulamentadas pela Lei Elói Chaves, foram efetivamente implantadas e tinham abrangência significativa alcançando parcelas expressivas dos trabalhadores urbanos.

O aspecto crucial é a natureza estritamente civil desta “previdência social”, organizada por unidades de produção, empresas e fábricas cujo mecanismo gestor tinha como representação das empresas e dos empregados. Nessa composição, o poder público (Estado) só exercia controle á distância, e destinado á resolução de conflitos, extensivo a toda e qualquer instituição privada; decorrência dos moldes extremamente liberais com que a denominada República Velha adotava como postura. Esse modelo de ação, e sua natureza não intervencionista no que se conhece hoje como políticas sociais, vigoraram até as reformas do Estado Novo, em meados da década seguinte, cujas preocupações com o aspecto trabalhista da questão social tomaram o caminho do intervencionismo nas caixas de pecúlio (Oliveira & Teixeira, 1979).

Durante os primeiros vinte anos do início do século, a situação era, aproximadamente, da convivência de serviços públicos na área da política sanitária com um modelo liberal do exercício da medicina. A rede hospitalar estatal existente era voltada para os militares. A rede das Santas Casas de Misericórdia, herança da colonização portuguesa era mais direcionada para a função de separar o pobre da sociedade e fazer caridade, quem tinha posses era tratado em casa pelo seu médico particular.

No final da segunda década, enquanto ocorriam no país as primeiras grandes greves, envolvendo os trabalhadores qualificados que lutavam por condições mais humanas de trabalho. Boa parte deles, imigrantes europeus que traziam ideologias marxistas e anarquistas, era criado o Partido Comunista do Brasil. Havendo assim uma efervescência pós-guerra, um medo pós-guerra, um medo pós-epidemia da gripe espanhola em 1918 e também ocorriam as movimentações que deram origem à Semana de Arte Moderna 22.

O governo Vargas passou pela revolução dos paulistas de 1932, pela Constituição de 1934 e desembocou no Estado Novo de 1937. Embora a ditadura tenha durado até 1945, o País continuou seu movimento modernizador com o apoio dos EUA e foi criado em 1942 o Serviço Especial de Saúde Pública ( Sesp,

transformado em fundação em 1960 e extinto, com a criação da Fundação Nacional da Saúde – Funasa, em 1992). O Sesp ocupou um lugar secundário na história da saúde pública no Brasil, por ter sido criado com o viés de servir ao esforço de guerra norte-americano, melhorando a saúde do seringueiro amazônico com vistas a garantir borracha para mover máquinas.

Em novembro de 1941, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde, em que se discutiu a organização do setor nos estados e a situação das grandes endemias e de suas campanhas, além da prioridade dos grupos de risco ( mãe e criança ). Getúlio voltou eleito em 1950, em novembro desse ano, foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde, que discutiu as grandes campanhas e a organização do setor, esse foi o momento da criação da Petrobrás.

Estas transformações, ocorridas na primeira metade do século passado, foram decisivas para a construção dos dois modelos predominantes de atenção à saúde vigentes nos principais países desenvolvidos: a) o modelo da seguridade social, predominante nos países europeus, é responsável pelas funções de previdência social (aposentadoria, pensões e outras coberturas de diferentes tipos), assistência social (desempregados, desvalido); b) a assistência médica e o modelo do serviço nacional de saúde tem seu exemplo mais acabado na Inglaterra, o financiamento se dá através do orçamento público oriundo de tributos, os serviços de atenção primária (constituídos principalmente por médicos generalistas) são privados, sob forte regulação do Estado e a rede de hospitais é pública.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, desvinculando-se assim do Ministério da Educação. Em setembro de 1963, foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde, em que se propôs e se discutiu pela primeira vez a municipalização da assistência à saúde, a organização do setor e a situação sanitária. Durante o longo período desde o início do século XX, a prática assistencial caracterizou-se por um modelo de atuação que ficou conhecido como o modelo do sanitarismo campanhista. Basicamente, foram mantidas as ações clássicas de polícia sanitária sendo ações pontuais nas crises, promovendo, em particular, campanhas contra as grandes endemias – malária, esquistossomose, tuberculose, hanseníase e doenças imunopreveníveis.

A prática da recuperação da saúde conforme conhecida no século XXI pode ser definida pelo início da revolução industrial e, com ele, o surgimento de um novo padrão de exploração da força de trabalho a partir da construção dos modernos estados unitários. Nesse contexto, ocorreu a necessidade de aumentar as populações e preservá-las para a produção e para a guerra, dando início ao desenvolvimento de um novo conjunto de funções do Estado moderno, no mesmo período, começa-se a estruturar o hospital tal qual é conhecido hoje. Esse deixou paulatinamente de ser um local onde se separam os pobres da comunidade e onde se presta a eles algum tipo de assistência, ao mesmo tempo em que vai absorvendo tecnologia e conhecimentos, deslocando o centro do processo de atenção da casa das pessoas para dentro de si.

## 1.2 Reforma Sanitária (1980)

O papel das políticas de saúde na formação das noções de cidadania, na construção dos Estados Nacionais, nas burocracias públicas e nas mudanças nas relações entre Estado e sociedade tem sido crescentemente reconhecido. No Brasil, desde a década de 1980 apontam para o fato das políticas, instituições e idéias mobilizadas em torno desse tema serem constitutivas da formação do Estado Nacional, dos processos de extensão da cidadania e da imaginação social. Com base em tal compreensão relaciona-se a constituição do setor saúde à história política do Brasil, assumindo, para tanto, a periodização já consagrada.

No que se refere aos efeitos políticos, o movimento sanitarista da Primeira República alcançou importantes resultados, com implicações institucionais imediatas e papel efetivo no processo de expansão da autoridade estatal sobre o território, nos anos de 1910 e 1920. Ao mesmo tempo em que se criavam as bases para a formação da burocracia em saúde pública, algo que se tornou realidade após 1930. Entre as conquistas, destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, dirigido até 1926 por Carlos Chagas.

De acordo com a Constituição de 1891, o princípio do federalismo determinava que cabia aos estados a responsabilidade por ações de saúde e saneamento. No que se refere às políticas sociais, verificou-se, na área da

saúde, o desenvolvimento de uma política social pública e nacional, resultado de um amplo processo de negociação entre os antes federativos. O período da Primeira República pode ser caracterizado como a “era do saneamento”(Hochman, 1998), identificando-se o período de 1910 a 1930 como de crescimento da consciência das elites em relação aos graves problemas sanitários do país e da percepção de que o Estado nacional deveria assumir a responsabilidade pelas questões relativas à saúde das populações e ao saneamento do território.

Essa definição a respeito do reconhecimento de direitos sociais implicou, ao mesmo tempo, a associação entre assistência médica previdenciária e trabalhadores urbanos e a ênfase das ações de saúde pública como políticas e modelos de serviços voltados predominantemente para a população rural. Um texto publicado em 1948 pelos sanitaristas Ernani Braga e Marcolino Candau sintetiza com rara sensibilidade este fato:

no Brasil, especialmente nos últimos anos, observou-se, sob o controle do governo, o desenvolvimento de um extenso programa de assistência médico-social compulsório para as classes assalariadas, programa esse que, apesar de vir atender a uma razoável parte de nossa população, não pode ainda cogitar da grande massa constituída pelos habitantes da zona rural, os quais por não trabalharem em regime regular de emprego, não sendo portanto obrigados a contribuir para as organizações de seguro médico-social, vêem-se, em sua maioria, totalmente desprovidos de qualquer tipo de assistência médico-sanitária, a não ser aqui e ali e assim mesmo muito mal, aquela que é prestada pelos serviços oficiais de saúde e pelas instituições de caridade (1948, p.21).

As condições sanitárias de um país circunscrevem-lhe rigidamente o desenvolvimento econômico-social. No caso do Brasil, onde talvez se processe, como já foi assinalada por tantos estudiosos, a maior experiência conhecida de adaptação da civilização européia a um ambiente tropical, a melhoria geral das condições sanitárias e o desenvolvimento econômico-social são, verdadeiramente, termos co-extensivos do mesmo problema, isto é, a asseguuração de possibilidades de progresso ( Brasil, 1949, p. 127).

O “sanitarismo desenvolvimentista”, analisado por vários autores (Labra, 1985; Escorel, 2000; Braga e Paula, 1981), que tinha em Samuel Pessoa, Mário Magalhães e Gentile de Melo seus principais representantes. Reagia ao campanhismo, à centralização, à fragilidade dos governos locais e ao baixo conhecimento do estado sanitário do país, pela falta de informações e dados

vitais, legados do Estado Novo. E propugnava a compreensão das relações entre pobreza e doença e sua importância para a transformação social e política do país. Ainda que heterogêneo internamente, esse “novo sanitarismo” integrava a corrente nacional-desenvolvimentista e se expressaria com mais vigor no processo de radicalização política que marcou o início da década de 1960.

A criação do Ministério da Saúde em 1953, no segundo Governo Vargas, velha aspiração dos médicos da saúde pública, revela algumas das facetas da saúde pública no período democrático e foi objeto de detalhada análise de Hamilton e Fonseca (2003). Por um lado, a separação entre educação e saúde não significou grandes mudanças nas estruturas institucionais, basicamente a centralidade do DNS, nem mudança de ênfase nas populações rurais ou incorporação de novos serviços, ainda que o debate sobre assistência médica e social estivesse sempre presente. Por outro lado, a grande inovação foi o deslocamento das discussões e do processo decisório para o legislativo e para esfera política.

Portanto, o movimento sanitário, entendido como um movimento ideológico com uma prática política constitui-se a partir dos DMP num confronto teórico com o movimento preventivista liberal de matriz americana e com sua versão racionalizando proposta pela burocracia estatal. O pensamento reformista, que iria construir uma nova agenda no campo da saúde, desenvolveu sua base conceitual a partir de um diálogo estreito com as correntes marxistas e estruturalistas em voga. A reformulação do objeto saúde, na perspectiva do materialismo histórico, e a construção da abordagem médico-social da saúde pretendia superar as visões biológica e ecológica do antigo preventivismo.

Apenas a partir do final da década de setenta, esta mancha na saúde pública começou a ser removida com o fechamento das instituições asilares, que mantinham estas pessoas reclusas, timidamente, a partir da década de quarenta teve início um movimento de atenção diferenciada à mãe e à criança. Este movimento ganhou impulso a partir da década de sessenta, em particular graças aos convênios realizados com a Aliança para o Progresso (Usaid). No entanto, no que respeita a assistência médica e, em particular, a assistência hospitalar, esta se restringia aos indivíduos cobertos pelas caixas e pelos institutos. Tiveram o papel de relevo na época a FSESP (Fundação Serviços Especiais de Saúde

Pública) e, em particular em São Paulo, as Santas Casas e os poucos hospitais escola que atendiam à população sem direito a outra cobertura, que eram identificados como indigentes (esta denominação perdurou até a criação do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde, em 1987).

Na área da saúde, o evento a ser destacado é o Plano Leonel Miranda, esse Ministro da Saúde publicou um plano, que não saiu do papel, mas que, em última análise, propunha a total privatização dos serviços de saúde no Brasil. Nesse mesmo ano, em meados de agosto e setembro, foi realizada a 4ª Conferência Nacional de Saúde, que discutiu a formação de recursos humanos para a saúde e como os profissionais e técnicos que vinham sendo formados eram inadequados para as necessidades do país. Em 1969, também foi publicado o Decreto-lei 986, que ainda vige e regulamenta a produção e o controle sanitário de alimentos no Brasil.

O modelo teórico-conceitual da Saúde Coletiva surge no Brasil na década de 1970 em torno deste ideário organiza-se o Movimento Sanitário, ator coletivo que se torna o principal responsável pela reforma sanitária brasileira (Escorel, 1998). No processo de elaboração teórico-epistemológico procura romper com a orientação da sociologia funcionalista norte-americana mediante o diálogo com a produção da Medicina Social inglesa, com o Estruturalismo francês e com a Sociologia Política italiana.

A Medicina Preventiva representou, como projeto de mudança na prática médica, “uma leitura liberal e civil dos problemas do crescente custo da atenção médica nos Estados Unidos e uma proposta alternativa à intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e o poder médico” (Arouca, 1975, p.239).

Com a redemocratização do País e a posse de novos governantes, secretários municipais e estaduais passam a ter papel relevante na implementação das estratégias da Reforma Sanitária, dirigentes do campo progressista passam a ocupar postos de direção em instituições governamentais, assumindo cargos nos escalões superiores dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social (Campos 1987; van Stralen, 1996).

O Movimento Sanitário privilegia, neste momento, a implementação de medidas administrativas, visando à racionalização e aumento da eficácia das

ações setoriais. Unificação e descentralização do sistema de saúde, controle público do setor privado e participação popular são algumas de suas estratégias.

Um paradoxo: o sindicalismo progressista apóia, no discurso, as consignas universalizantes da Reforma Sanitária privilegiando, na prática, interesses corporativos particulares, direcionando suas reivindicações para a luta pela conquista de planos de saúde para a categoria. Ao compreender que a saúde é “objeto de todas as políticas públicas, entre elas as políticas de serviços de saúde” a Vigilância da Saúde preconiza que as ações sanitárias devem ter uma gestão social, de preferência no executivo local, em contraposição à gerência médica, realizada pelo secretário de saúde (Mendes, 1996, p.259).

Distrito Sanitário, um componente central à corrente de Vigilância da Saúde desde os seus primórdios, é significado como sendo um “processo social de mudança das práticas sanitárias, de natureza tática, referido pela estratégia de Reforma Sanitária” tendo como objetivo garantir a eficiência e eficácia das ações de saúde, a equidade e a democratização.

A corrente de Vigilância da Saúde vem contribuindo para a consolidação do SUS mediante o desenvolvimento conceitual e prático de temáticas como o Distrito Sanitário, o Planejamento Estratégico da Saúde, a Territorialização, Processo de Trabalho em Saúde, Oferta Organizada/Ações Programáticas e Cidades Sustentáveis . Estes atributos e estratégias estão presentes em inúmeras experiências bem-sucedidas do SUS. Acerta, igualmente, quando afirma que, mais do que o componente administrativo, o que importa “é a reorganização do modelo assistencial que dá substância aos Suds, ao SUS e à Reforma Sanitária. É através dela que a população poderia perceber, concretamente, a mudança na situação de saúde e assim vir a apoiar proposta de Reforma Sanitária” (Paim, 1993, p.216).

No século XXI, este Decreto – lei está anacrônico, em pé de igualdade com o Decreto que rege a produção de alimentos no campo, que remonta à década de cinquenta. Em agosto de 1975, ocorreu a 5ª Conferência Nacional de Saúde – a prioridade explícita passou a ser a saúde materna infantil, o combate às grandes endemias e a extensão das ações de saúde para as áreas rurais, em agosto de 1977, foi realizada 6ª Conferência Nacional de Saúde, em que foram discutidas as grandes endemias, a vigilância epidemiológica e a interiorização das ações de

saúde . Ainda em 1977, o MPAS passou por uma profunda reformulação, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – Sinpas. Em março de 1980, foi realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde, em que foram discutidos onze temas, com destaque para RH, papel das três esferas de governo e a integração entre os níveis primário e secundário.

Com o advento da Nova República, lideranças do movimento sanitário assumem efetivamente posições em postos-chave nas instituições responsáveis pela política de saúde no país, com expressão desta nova realidade a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo presidente foi Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz foi o evento considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do “movimento pela democratização da Saúde em toda sua história” ( Rodriguez Neto, 2003, p.49).

Foi nesta Conferência Nacional de Saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Nessa conferência, evidenciou-se que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional. Questão fundamental para os participantes da conferência foi a da natureza do novo sistema de saúde: se estatal ou não, de implantação imediata ou progressiva. Recusada a idéia da estatização, manteve-se a proposta do fortalecimento e da expansão do setor público.

Outro tema bastante debatido foi o da unificação do Inamps com o Ministério da Saúde. Para os conferencistas, a Previdência Social deveria ater-se às ações próprias do seguro social, enquanto a saúde deveria ser entregue a um órgão federal com novas características . O setor saúde receberia recursos vindos de diferentes receitas, e o seu orçamento contaria com recursos provenientes do Inamps. Estes seriam progressivamente retirados, na medida em que seu órgão gestor se tornasse possuidor de financiamento próprio. Assim, foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde que se aprovou a criação de um sistema único de saúde, que se constituísse num novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação a previdência. Ao mesmo tempo, vislumbradas as

barreiras e dificuldades para a consecução da reforma, aprovaram-se noções de que as AIS não deveriam se constituir em obstáculo á implantação do SUS.

O financiamento e a discussão da operacionalização ainda deveriam ser mais aprofundados, embora se recomendasse a constituição de um orçamento social que englobasse os recursos destinados ás políticas sociais nos diversos ministérios , cabendo, contudo, a organização de fundos únicos de saúde nos três níveis da Federação. Propôs-se a criação de um grupo executivo da Reforma Sanitária, convocado pelo Ministério da Saúde – a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (Cordeiro, 2004, p.13)

Apesar de seu caráter fortemente institucional e bastante ambíguo em relação ás expectativas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a CNRS foi capaz de elaborar uma proposta de conteúdo de saúde que subsidiou a Constituinte, além de um projeto para a nova Lei do SUS. Embora não consensual, pois combatia pelos representantes da iniciativa privada, que a consideravam insuficiente, a proposta da CNRS para a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Constituinte acabou aceita pelo movimento sanitário, por considerá-la consentânea com as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde. De qualquer forma, a área da saúde conseguiu chegar á Assembléia Nacional Constituinte com a proposta discutida, legitimada e completa do ponto de vista do ideário do movimento sanitário.

Na Lei n. 8.142/90 ficou estabelecido que o CNS seria realizada a cada quatro anos, “com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde” .A Lei n.8.142 estabeleceu que tanto nos conselhos de Saúde quanto nas conferências “a representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos” .

### 1.3 Criação e Institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS - Década de 90)

O surgimento das primeiras preocupações com a saúde pública, em suas feições modernas, é explicado pela emergência do Estado capitalista, num processo que apresenta uma unidade dialética na trajetória que vai da preocupação hipocrática com o ambiente até o internacionalismo sanitário do século XX. A trajetória trazida por Rosen (1994) vai da proposta mercantilista do Estado Liberal e da emergência do movimento sanitário da Europa. Segundo sua análise, temos um processo em que a condição da saúde pública é posta como elemento de relação entre necessidades humanas e meios de satisfazê-las. Sejam estes públicos ou privados. Nessa trajetória, aponta dois momentos distintos e inter-relacionados: o período pré-capitalista que engloba a Antiguidade e a Idade Média e é aquele em que a dimensão pública da saúde foi pulverizada em concepções e práticas naturalistas e ou metafísicas, teocêntricas e ou místicas, somente superadas com o Renascimento. O revolucionário marcado pela ruptura com a velha ordem então vigente, que atinge todos os aspectos da vida, da reforma religiosa às transformações políticas, passando a ser relacionadas entre si e compreendidas como resultantes da vida em sociedade e, ao mesmo tempo, como determinantes fundamentais dos resultados deste viver comum.

Mais do que a revolução científica, a normatividade ética, e a objetivação no corpo doente, contudo, o que modifica radicalmente o ato médico é a modificação da função social do médico, mudança essa decorrente das mesmas transformações de estrutura e função que vão acontecendo com a emergência do Estado moderno e a adoção do Estado de direitos, e representam a consolidação de um novo modo de produção. Este exigia o recurso de homens livres e iguais, livres para acorrerem ao mercado em que venderiam sua força de trabalho e iguais nas opções de subordinação a este mercado.

De outro modo, a duplicidade, individual e social ao mesmo tempo que reúnem saúde e doença num mesmo processo, veio sendo reforçada pelo leque de práticas e competências acumuladas no campo da saúde pública e que, a esta altura do desenvolvimento da humanidade, já consistem em um duplo: as ações

coletivas, voltadas para uma perspectiva identificada com os interesses e necessidades de organização da nova estrutura territorial dada pelo Estado-nação; e outra individual apontada pela dessacralização do corpo e pela consolidação de um conceito de nação que reconhece sua territorialidade intrinsecamente ligada a um povo. Povo este constituído de cidadãos iguais, livres e possuidores de direitos, entre os quais o direito à obtenção de cuidados para o seu corpo.

Para o movimento “rede local” o centro de saúde era definido como uma unidade integral de ações sanitárias distintas, portanto, das ações médicas. O elemento fundamental deste projeto era construir, então, uma “rede básica”, um conjunto de centros de saúde, que cumpriria o papel de espaço difusor das práticas sanitárias num sentido mais abrangente, e que seriam localizados nos municípios e estruturados num sistema integrado, conforme os princípios de regionalização, hierarquização e descentralização .

Já o movimento “vertical especializado” concebia o centro de saúde como uma unidade particularizada pelas ações de higiene e educação sanitárias e complementada pela montagem e funcionamento de serviços especializados. Para este movimento, o centro de saúde cumpriria a função de ser um centro especializado em higiene e educação sanitárias, de perspectiva mais genérica, ou seja, era definido um alcance específico para as práticas sanitárias como o lugar da higiene e da educação em saúde.

Neste escopo era fundamental a construção de serviços verticais permanentes e especializados em um problema específico, com autonomia administrativa e técnica e estruturados para realizar diversas atividades sanitárias, estes movimentos são inauguradores na existência dos primeiros centros de saúde, a partir de 1930 e ao longo das próximas décadas. Eles vão apresentar a forma específica de emergência da preocupação do Estado com a saúde pública.

O conjunto de características de tal política de saúde, anterior ao movimento de reforma sanitária, exerceu forte influência no modelo de assistência proposto a partir dos anos 1980, cujo sentido se preocupava em redirecionar a ação estatal para uma perspectiva universalista e de atendimento a um direito: perspectiva que se materializa a partir da criação formal do SUS no começo dos anos de 1990. Ainda que a constitucionalização do SUS implique uma importante

definição do interesse público, se vê obrigado a reconhecer o domínio privado sobre uma parte importante da assistência à saúde, no caso, especialmente a assistência hospitalar e ao texto constitucional, produto de ampla negociação política, termina por tornar o setor privado complementar do sistema público (Lei 8.080/90).

Assim foi também com a construção do SUS. A inscrição do direito à saúde como preceito constitucional e a organização de um sistema universal e igualitário, de base descentralizada e financiado por fundos públicos, confrontaram-se diuturnamente com poderosas restrições fiscais e com a estagnação social de grandes contingentes populacionais. Separar as consequências de um e de outro processo sobre as condições de saúde da população brasileira não é tarefa simples.

A construção do SUS, inspirada no modelo dos sistemas nacionais de saúde de cunho universalista contextualizados em modelos de proteção social “welfaristas”, se deu no Brasil em um período histórico no qual o setor privado já estava largamente consolidado. Como se sabe, a expansão do setor privado no país foi amplamente promovida pelo próprio Estado na década de 1970, no âmbito da Previdência Social, que, por um lado, financiou sua expansão através do antigo Fundo de Assistência Social (FAS) e, por outro, garantiu demanda para essa oferta, comprando os serviços de saúde comercializados por hospitais e clínicas privadas.

O momento de dimensão “interdisciplinar”, é o atual no qual se inicia a partir da regulamentação jurídico-constitucional do SUS em 1990. A aprovação das Leis 8.080 e 8.142 regulamenta questões organizacionais do novo sistema de atenção à saúde, dentro da premissa constitucional de seu reconhecimento como direito de cidadania. Decorrida pouco mais de uma década desde que teve lançadas as suas bases e diretrizes, o SUS encontra-se em polimorfo processo de instauração; mas com significativos avanços, sob o aspecto da municipalização das ações, e do ponto de vista da adesão da quase totalidade dos municípios brasileiros aos mecanismos formais de inserção ao sistema, que passam, por exemplo, pela organização local de serviços e ações colocados à disposição da população atendendo aos dispositivos legais das Leis 8.080 e 8.142. Neste mesmo sentido no ano de 2010 tendo como objetivo uma

complementação de melhor atendimento à população na área da saúde foi implantado no Brasil através da portaria n<sup>o</sup> 4.279, de 30/12/2010 as Redes de Atenção em Saúde.

#### 1.4 Criação das Redes de Atenção em Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) tiveram origem na década de 1920, no Reino Unido, quando foi elaborado o Relatório Dawson, como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social daquele país após a I Guerra Mundial. Neste documento consta a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, cujos serviços de saúde deveriam acontecer por intermédio de uma organização ampliada que atendesse às necessidades da população de forma eficaz. Além disso, esses serviços deveriam ser acessíveis a toda população e oferecer cuidados preventivos e curativos, tanto no âmbito do cuidado domiciliar quanto nos centros de saúde secundários, fortemente vinculados aos hospitais.

A discussão sobre a reestruturação dos sistemas de saúde segundo a lógica de RAS tem outros marcos mais atuais decorrentes da reunião de Alma-Ata, realizada em 1978. Nos Estados Unidos, na década de 90, houve uma retomada da discussão tendo um esforço para superar o problema imposto pela fragmentação do sistema de saúde. Investiu-se na oferta contínua de serviços a uma população específica, territorialmente delimitada, focada na Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolvidos de forma interdisciplinar e com a integração entre os serviços de saúde, bem como os sistemas de informação. Experiências semelhantes foram registradas também no Canadá. Na Europa ocidental, as RAS foram sendo adotadas em países como Noruega, Suíça, Holanda, Espanha, França, Alemanha, Inglaterra e Irlanda. Já nos países da América Latina, a implementação das RAS ainda é inicial, sendo o Chile o país com maior experiência na área. No Brasil, o tema tem sido tratado por diversos pesquisadores e teóricos da área a partir do final da década de 90.

A implementação das RAS tem como desafio a construção de sistemas integrados de saúde que se articulem em todos os níveis de atenção à saúde, e de forma interfederativa mais harmônica possível, por esta razão, os debates em

torno de uma maior integração nos serviços de saúde têm se intensificado desde o Pacto pela Saúde, criado em 2006, e o mais recente Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), formulado de forma tripartite a partir do Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990. A esse fato soma-se a aprovação e recém atualização de diversas Políticas, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que exemplificam os esforços para a construção de um modelo de atenção capaz de responder às atuais condições de saúde dos brasileiros, efetivando a APS como eixo estruturante e coordenador das RAS no SUS.

Segundo o portal da saúde a definição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010). A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

Dessa definição, emergem os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde que apresentam missão e objetivos em comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população.

O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Os pontos de atenção a saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular ou seja envolve diversos profissionais da área onde cada um com sua formação teria como obrigação e ética profissional aplicar a rede de atenção integrada para ações, projetos e serviços beneficiando assim os usuários do SUS. Dentre os profissionais que fazem parte dessa rede integrada esta inserido nesse contexto o Assistente Social.

### 1.5 Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde

A concepção de Seguridade Social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988, no que se refere à proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora, é composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social. O conceito de seguridade social, defendido pela Carta de Maceió (2000), reforça esse avanço, mas vai além: sustenta um modelo que inclui todos os direitos previstos no artigo 6º da Constituição Federal Sanitária, foi regulamentado, em 1990, pela lei Orgânica da Saúde (LOS).

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e

de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersectorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios ) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado.

Entende-se que todas essas medidas visam ao estímulo ao seguro privado de saúde, ficando o Sistema Único de Saúde restrito aos pobres, por meio de ações mínimas e programas focalizados, havendo um outro sistema para os consumidores. Segundo Soares (2004, p.11), a Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988 “foi uma construção interrompida de um projeto mais generoso de proteção social gestado a partir da redemocratização do país”.

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida

Na saúde, os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega á década de 1990 ainda com uma incipiente alteração do trabalho institucional; continua enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (encaminhamento operacionalizado pela Reforma Sanitária) e insuficiente produção sobre “as demandas postas á pratica em saúde” ( Bravo, 1996).

Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: a) democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; b) estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; c) trabalho interdisciplinar; d) ênfase nas abordagens grupais; e) acesso democrático ás informações e estímulo á participação popular. E, por fim, percebe-se, gradativamente, o discurso da necessidade da criação de entidades ou da

realização de fóruns de capacitação e debates dedicados a importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica, de forma fragmentada, uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde.

Outro marco é a necessidade de sujeitos históricos individuais e coletivos não caírem no possibilismo, que significa flexibilizar os princípios defendidos no projeto ético-político profissional e na proposta de Reforma Sanitária com vistas a assegurar pequenos ganhos políticos, “a partir de concessões e revisionismos teórico-políticos” (Braz, 2004). Essa é uma realidade que está posta na saúde, nos movimentos sociais e tem repercutido no Serviço Social, devendo ser problematizada à luz dos princípios e diretrizes do projeto ético político do Serviço Social brasileiro.

Na saúde, a grande bandeira continua sendo a implementação do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970, uma vez que esse projeto tem relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais.

Identificar os impasses para a efetivação desses projetos deve ser uma preocupação central, pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em: a) Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; b) Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma comprometida e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; c) Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; d) Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; e) Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; f) Elaborar

e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; g) Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados .

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

Essas expressões da questão social devem ser compreendidas, segundo lamamoto (1982), como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais. Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Segundo Costa (2000), a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e refinam a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

lamamoto (2002, p.41) afirma que “é necessário desmistificar a idéia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. A autora considera que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir

unidade a equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças” (2002, p.41).

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. A equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, tem historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmos.

O profissional tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e a fragmentação do trabalho ainda existente. Entretanto, essas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho.

Nessa mesma direção, outra demanda que aparece para a equipe de saúde refere-se à violência contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos, gays, lésbicas, homossexuais, transexuais e pessoas com deficiências, entre outros. Nessas situações, a responsabilidade pela notificação é função de toda a equipe. O assistente social deve colaborar nessa ação, mas não é atribuição privativa do mesmo, cabe ao profissional de Serviço Social fazer uma abordagem socioeducativa com a família, socializar as informações em relação aos recursos sociais existentes e viabilizar os encaminhamentos necessários. Trata-se de encaminhamentos aos recursos e mecanismos legais instituídos e/ou garantidos pela legislação social vigente no Brasil, a saber: Lei Maria da Penha (Lei nº11.340/2006), Estatuto do Idoso ( Lei nº10.741/2003), ECA ( Lei nº8.069/1990), LOAS ( Lei nº8.742/1993( , Lei da Acessibilidade ( Lei nº10.098/2000), Lei dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Lei nº7.853/1989), LOS ( Lei nº8.080/1990 e nº8.142/1990), Resolução CFESS nº489/2006, entre outros.

A humanização é uma outra temática que surge em ênfase no final de 1990 e início dos anos 2000, tendo conseguido legitimidade a partir da 11ª Conferência

Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 2000 tendo como tema “ Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Em 2001 foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de promover a cultura de um atendimento humanizado na área da saúde. No governo Lula, o programa transforma-se em Política Nacional de Humanização, ampliando sua área de ação passando a contemplar a gestão e a atenção.

Os assistentes sociais têm sido chamados para viabilizar, junto com outros trabalhadores da saúde, essa política. Uma das questões fundamentais é ter clareza das diversas concepções de humanização, pois a mesma envolve aspectos amplos que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde calcado em valores como a garantia dos direitos sociais, o compromisso social e a saúde, passando pela revisão das práticas de assistência e gestão (CASATE; CORRÊA,2005).

#### 1.6 Histórico da Saúde em Paranaguá – PR: Da Santa Casa ao Hospital Regional do Litoral

Foi em 1835 que a primeira Santa Casa do Paraná, foi fundada em Paranaguá, sua fundação está relacionada ao surgimento da Sociedade Patriótica dos Defensores da Independência e Liberdade Constitucional e à construção da capela do Senhor Bom Jesus dos Perdões. Segundo Júlio Moreira (1953), um dos principais objetivos foi garantir a transição segura do Primeiro para o Segundo Reinado, a sociedade instalou-se em Paranaguá em 9 de outubro de 1831, durante o período regencial, arregimentando, inicialmente, quarenta e oito pessoas, todas influentes, pertencentes à elite política, econômica e social da região. Logo na primeira sessão foi aprovado o estatuto que regeria a sociedade e o projeto de construção de um hospital. Segundo Moreira (1953), o comerciante Manoel Francisco Correa Junior foi o responsável pela apresentação deste projeto ao conselho da entidade em 26 de julho de 1835. previa também a alteração do estatuto da sociedade de modo a transformá-la em irmandade de misericórdia, o que possibilitaria a manutenção de um Santa Casa. Seus sócios passariam a pagar uma taxa anual para manutenção do hospital.

A primeira mesa tomou posse três dias após a inauguração da Santa Casa. O compromisso da irmandade, no que dizia respeito à parte eclesiástica, foi aprovado pelo prelado da diocese D. Manoel Joaquim Gonçalves de Andrade. Em relação à parte civil e administrativa, o compromisso foi aprovado pela Assembléia Provincial, conforme a lei nº30, de 7 de março de 1836, sendo assim instituída por apenas 88 leitos e nove unidade de terapia intensiva, e tinha toda uma doutrina baseada em ação social, doutrina essa executada por todas as Santas Casas já instituída.

No Brasil mais do que em qualquer outro país colonizado pelos portugueses, as Santas Casas vingaram de modo especial. A Santa Casa já exercia o papel de hospital regional na época, era uma instituição filantrópica, que atendia pacientes de toda região do litoral, porém seus recursos já não estavam suprimindo as demandas exigidas pela população, não podendo manter seus procedimentos por causa de uma dívida que se estimava a três milhões, com isso foi levada a leilão.

A Santa Casa de Misericórdia, em 2004 foi vendida com um terreno de 4,7 mil m<sup>2</sup>, no valor de R\$ 2.168.591,00 para o Estado, sob a administração permanente da secretária de saúde (SESA), ganhando recursos para a construção de um novo Hospital, que por determinação do Governador Roberto Requião se tornou o Hospital Regional do Litoral.

No dia 8 de junho de 2008, foi decretada a intervenção do estado na estrutura do hospital. Durante o período de reforma, os pacientes foram removidos para outros sete hospitais que foram credenciados para atender a população de Paranaguá. O Hospital Regional do litoral foi inaugurado no dia 19 de Fevereiro de 2009, em Paranaguá ao lado da antiga Santa Casa de Misericórdia. O Governo do estado investiu 32 milhões de reais em obras e equipamentos, a construção do novo Hospital Regional, resultou em uma significativa mudança no que diz respeito ao atendimento de qualidade e melhorias na saúde, mudando assim a realidade da população usuária.

Hoje o Hospital Regional do Litoral é a principal referência em atendimentos de emergência, envolvendo pacientes dos 7 municípios da região, sendo eles: Paranaguá, Morretes, Antonina, Pontal do Paraná, Guaratuba e Guaraqueçaba. Ao Hospital compete planejar, organizar, dirigir, coordenar e

controlar a execução das atividades de prestação de serviços médico-assistenciais, em sistema ambulatorial, hospitalar e de emergência; prover recursos diagnósticos e terapêuticos para atendimento a todo o público usuário do SUS, nas especialidades: Exercer atividades de formação e treinamento de recursos. Garantir que o ambiente hospitalar seja seguro, funcional, operacional e adequado ao cuidado do paciente.

O HRL, entre atendimentos de alta e média complexidade, possui a seguinte infra-estrutura: Localizado em um prédio de grande porte, em um espaço físico que abrange toda população do litoral. Em um total de 155 leitos de internamento, se subdividem em: a) 44 Clínicas Médicas; b) 24 Leitos de Pediatria; c) 23 Leitos de Pronto Socorro; d) 22 Leitos de Maternidade; e) 21 Leitos de Centro Cirúrgicos; f) 9 Leitos de UTI Geral; g) 7 Leitos de UTI Neo Natal; h) 5 Leitos de Semi UTI.

A equipe do hospital é formada por profissionais capacitados para atender as principais demandas dos municípios, resultando assim em 915 funcionários; sendo que 145 são médicos plantonistas, 98 de empresa terceirizada entre vigias e serventes, e 672 funcionários efetivos.

Dentre as parcerias que o hospital possui com o município de Paranaguá, as acionadas com mais frequência são as instituições como prefeituras municipais, secretarias municipais de saúde, conselho tutelar, conselho do idoso, instituto nacional de seguridade nacional (INSS), hemapar, secretaria de educação e também outros hospitais públicos.

#### 1.6.1 Política Social em que a instituição está inserida

A política de saúde do hospital é fundamentada nos princípios dos Sistema Único de Saúde (SUS), que é um dos maiores sistemas públicos. Criado em 1998, pela Constituição Federal Brasileira, o SUS abrange desde atendimentos, consultas, exames, internação até ao transplante de órgãos. É de acesso integral e gratuito a toda população do país, sem restrições. A CONASEMS ( Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde ) e o Ministério da Saúde são os órgãos que conceituam com mais abrangência os serviços da saúde pública a todos os usuários, de fácil acesso e de uma linguagem clara. A elaboração de

políticas públicas, visando a promoção, prevenção e assistência de saúde dos brasileiros. Compete ao Ministério da Saúde, órgão do poder executivo federal instituído no dia 25 de Julho de 1953, com a Lei nº1.920.

#### 1.6.2 O Serviço Social no Hospital Regional do Litoral

O Serviço Social do HRL é constituído por sete assistentes sociais e uma auxiliar administrativa, as funcionárias do setor trabalham em regime da escala 12x36, sendo um delas no período noturno. O setor exige que o atendimento do profissional seja feito diariamente, pela complexidade das suas demandas, que em maior escala estendem-se as orientações aos usuários/familiares e acompanhamento social junto a equipe multiprofissional. Sendo assim, é dividido em três salas, localizadas no térreo e de fácil acesso aos usuários, uma vez que muitos pacientes antes dos eventuais procedimentos passam pelo atendimento social.

Um dos principais objetivos sociais é levar o direito aos usuários, promovendo o bem estar do paciente/família, com base na política de saúde. A intervenção do Assistente Social, na instituição busca fortalecer as noções de cidadania dos usuários, sobretudo no que diz respeito a direitos de saúde, e demais direitos inerentes a condição humana, acionando e encaminhando aos devidos órgãos competentes. Tal intervenção não se dá somente ao paciente, mas também a todo meio social em que este está inserido, envolvendo seus familiares e o bem estar destes.

Os principais instrumentos de trabalho do Assistente Social no hospital são os encaminhamentos, entrevistas, intermediação paciente-medico-família, e o desenvolvimento de projetos voltados aos seus usuários SUS. Sendo assim, o serviço social atua de forma multidisciplinar, contando com os serviços de diversas áreas, mas principalmente a psicologia, a qual atua com frequência .

As informações a cerca do Hospital foram adquiridas com o setor de Recursos Humanos mediante solicitação da assistente social, coordenadora de estágio obrigatório. As outras informações de competências legais e demais dados numéricos foram adquiridos nos sites do CNES, Cadastro Nacional de

Estabelecimento de Saúde, página do Governo Estadual do Paraná e Portal da Saúde, sendo esses endereços citados na referência

## 2. APORTES TEÓRICOS E QUANTITATIVOS SOBRE A VIOLÊNCIA: IMPRESENDÍVEL COMPREENSÃO PARA A QUESTÃO DA SAÚDE

A violência é uma forma de relação social e está inexoravelmente atada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência (PERES, 2003, p. 58). Minayo (2003, p. 23) defende que a violência é um fato humano e social, é histórica, havendo formas de violência que persistem no tempo e se estendem por quase todas as sociedades, classes e segmentos sociais e, ao mesmo tempo, está dentro de cada um. A violência doméstica, contra crianças e adolescentes, também está dentro desse contexto: expressa relações entre classes sociais (sociedade - indivíduo), mas também expressa as relações interpessoais (indivíduo – indivíduo), ou seja, apresenta relações com a violência estrutural ( de classes, raça/ etnia e gênero).

Como apontam Azevedo e Guerra:

todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica de um lado numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (AZEVEDO, M. A & GUERRA, V. N. A. ( Orgs.), 1989).

O Ministério da Saúde (MS) define a violência que acomete crianças e adolescentes como “quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas” (BRASIL, 2001).

Inserida num contexto histórico-social e com profundas raízes culturais, a violência sexual, que faz parte do fenômeno violência, atinge todas as faixas etárias, classes sociais e pessoas de ambos os sexos.

Ao organizar a sociedade, os seres humanos utilizam vários eixos de hierarquização, estabelecendo regras culturais, sociais, éticas e legais para reger o comportamento de indivíduos na coletividade. As regras de autoridade, gênero e idade são fatores de grande importância na análise das relações sociais e interpessoais da violência sexual dentro do espaço doméstico ou fora do mesmo. A regra da autoridade determina o domínio do mais forte sobre o mais fraco,

enquanto que a de gênero, regula as relações entre homens e mulheres. A regra de idade, de um lado rege as relações entre crianças e adolescentes e, do outro, as relações entre adultos detentores do poder e desses sobre os primeiros, socialmente excluídos do processo decisório.

Nesse sentido, Araújo (2002 p.11) argumenta que a violência é uma violação dos direitos de liberdade, do direito de ser sujeito da própria história, ou seja, a liberdade é uma capacidade e um direito fundamental do ser humano. A violência seria, então, toda e qualquer forma de opressão, de maus-tratos e de agressão, tanto no plano físico como no emocional, que contribuem para o sofrimento de uma pessoa.

No ano de 2011 houveram 323 notificações das quais 2 foram por violência (0,6%), no ano de 2012 houveram 895 notificações das quais 173 foram por violência (19,3%), até o mês de novembro de 2013 houveram 747 notificações das quais 178 foram de violência (23,8%) no referido hospital, segundo o banco de dados analisado.

Os dados acima foram retirados do Curso de Capacitação que ocorreu na cidade de Paranaguá voltado para as pessoas que lidam diretamente com casos de violência na área hospitalar, a palestra foi realizada pela Doutora Ana Luiza Varella Jamnik CRM 15099 – intitulada como Atendimento às pessoas em situação de violência no Hospital Regional do Litoral.

No Brasil, somente na década de 1980 é que a temática sobre violência apareceu como um problema de saúde pública (Deslandes, 1994; Minayo & Souza, 1999; Habigzang, Azevedo, Koller & Machado, 2006). Anteriormente, profissionais da área da saúde não dispunham de capacitação e formação que favorecessem o reconhecimento da violência perpetrada contra crianças e adolescentes. Com o estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, o reconhecimento sobre a questão ficou mais evidente e a notificação sobre a violência contra crianças e/ou adolescentes por profissionais de saúde e educação tornou-se compulsória (Brasil, 2003).

No Hospital Regional do Litoral existe um protocolo de atendimento a vítima de violência sexual próprio que consiste nos seguintes procedimentos: a) Todo caso de violência sexual (mesmo que somente suspeito) deverá ser avisado ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – ramal 7424 para que seja realizada a

notificação específica, ou o próprio profissional que fizer o atendimento poderá preencher a notificação em formulário próprio que está à disposição no Pronto Socorro. No período noturno, nos finais de semana e feriados chamar o plantão da epidemiologia para as notificações; b) O primeiro atendimento deverá ser realizado no Pronto Socorro em sala separada de outros pacientes, garantindo a privacidade do paciente; c) A Enfermagem deverá comunicar a psicóloga do Pronto Socorro para que realize o atendimento em conjunto; d) A Enfermagem deverá comunicar também ao Serviço Social para que sejam tomadas as medidas sociais cabíveis (comunicar à Delegacia e conselhos responsáveis). e) O Pronto Socorro é responsável por efetuar o atendimento inicial da vítima tratando as situações de urgência e/ou emergência. Após esse atendimento a vítima – do sexo feminino – deverá ser encaminhada ao Centro Obstétrico para conduta a ser tomada pelo obstetra de plantão; f) As vítimas do sexo masculino deverão ser acompanhadas e atendidas, após a passagem pelo Pronto Socorro, pelo cirurgião geral de plantão; g) Nos casos de violência em Crianças, as mesmas deverão ser internadas no setor de Pediatria e continuarão sendo acompanhadas pelas especialidades em conjunto com o pediatra; h) A coleta de material e o laudo de lesões corporais para evidenciar crime sexual serão realizados pelo médico perito de plantão do IML de Paranaguá. Preferencialmente a vítima deverá ser internada, e o perito chamado para fazer o laudo pericial nas dependências do hospital; i) O caso deverá ser registrado através de boletim de ocorrência na delegacia e o delegado deverá ter emitido solicitação de exame de corpo e delito.

Devo enfatizar que a vigilância epidemiológica tem a importância de dar visibilidade ao problema, principalmente no que diz respeito ao estabelecimento de um diagnóstico do impacto da violência em determinada população, em certo local e tempo, sendo necessário o planejamento de ações e enfrentamento dessa situação. A notificação de violências pelos serviços de saúde tem o papel nesse processo de ser a base para o diagnóstico. Em 2006 o Ministério da Saúde iniciou a implantação da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) em Serviços Sentinela no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando conhecer melhor a demanda das violências e dos acidentes no país, por representar grave problema de saúde pública. Assim, no final de 2008, foi inserida como um Módulo

no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN Net), a Ficha de Notificação/ Investigação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (Brasil, 2000) sinalizou espaços mais democráticos de discussão e reflexão sobre o significado de infância e adolescência e os direitos a eles reservados. Em 13 de julho de 1990, criou-se o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), uma conquista social inegável que hoje, após 20 anos de implantação, ainda sofre resistências quanto a sua natureza e aplicabilidade. Considerar o Estatuto implica em valorizar, redimensionar e assegurar á criança e ao adolescente o direito á vida digna de um cidadão em formação e desenvolvimento.

Ao longo dos anos, tornou-se evidente a necessidade da promoção de políticas públicas que se remetessem á questão da violência sexual contra crianças e adolescentes. Segundo o relatório elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2009, intitulado “Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vitimas de Violência, Abuso e exploração Sexual e suas Famílias: referências para a atuação do psicólogo”, as Políticas Públicas são aquelas políticas necessárias desenvolvidas, sobretudo, pelos estados capitalistas, no esforço de garantir os direitos básicos de cidadania e de promover a inclusão social (CFP, 2009, p. 29)

As políticas públicas, intimamente relacionadas com os direitos humanos, não se configuram apenas em leis, normas e programas, mas também na sua construção e no diálogo entre a população e o governo. Para Koshima (2003, p. 133), a sociedade tende a valorizar marcas físicas, mas, mesmo que tais marcas não sejam visíveis, o abuso contra a criança deve ser considerado uma forma de violência. Da mesma forma, deve ser em relação aos adolescentes, os quais não raramente são interpretados como se tivessem facilidade, induzido ou consentido a violência sofrida.

De acordo com o Código Penal Brasileiro, o abuso sexual é considerado crime. Se a idade da vitima for inferior a 14 anos, qualquer atividade sexual é entendida como violência presumida. Sendo assim, a pena para os diversos tipos de abuso sexual, de acordo com o ECA (Brasil,2003), pode variar entre 1 a 12 anos de prisão. O Código Penal Brasileiro, até meados de 2009, diferenciava os crimes de estupro e de atentado violento ao pudor. Por atentado violento ao pudor

defina-se a circunstância em que houvesse constrangimento de alguém a praticar atos libidinosos, utilizando violência ou grave ameaça. Por outro lado, estupro era o termo utilizado apenas nos casos em que as vítimas eram pessoas do sexo feminino. Portanto, era definido como a prática não consensual de conjunção carnal, ou seja, com penetração vaginal, imposta por meio de violência ou grave ameaça (Pimentel & Araújo, 2007, p.184).

Em 7 de agosto de 2009, a Lei 12.015/09 revogou o artigo que tipificava o crime de atentado violento ao pudor e ampliou a abrangência do crime de estupro. Assim, hoje, o estupro consiste em “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (Brasil,2009). A pena para o crime de estupro varia entre seis e 30 anos de reclusão.

Na violência sexual doméstica, as vitimizações ocorrem no território físico e simbólico da estrutura familiar onde o homem praticamente possui o domínio total. Ela é definida por Deslandes (2010, p.13), como “todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente com o intuito de estimulá-las sexualmente ou utilizá-las para obter satisfação sexual”. No espaço doméstico, por um processo de domínio e poder estabelecido pelas regras sociais, agressores com laços consanguíneos ou de parentescos perpetram o tipo de violência sexual chamada intrafamiliar.

Não é apenas o desejo sexual o fator proeminente na motivação dos agressores sexuais, mas também o gênero, pois crianças e adolescentes fazem parte da categoria dominada e sujeita ao poder exercido pelo mais velho sobre o mais novo e do masculino sobre o feminino. Dessa forma, crianças e adolescentes como seres em desenvolvimento, psicológica e moralmente imaturos, não conseguem resistir a um familiar adulto que lhes impõe sua autoridade transformando-os em objetos sexuais. É nesse contexto, segundo Faleiros & Faleiros (2001, p.13-28), que subsiste a violência sexual de adultos contra crianças e adolescentes, onde o autoritarismo, o machismo e os preconceitos se articulam com as condições de vida das famílias e as questões de poder se manifestam nas relações afetivas e na sexualidade.

E ainda, a não uniformidade de termos empregados para designar o fenômeno e a expressiva ausência de dados a respeito do agressor é um fato alerta para a necessidade de um atendimento contextualizado, no qual a ação profissional individualizada deve ceder espaço à implantação de uma rede que acolhe, trata, age e pensa de forma integrada. Nesse sentido, além da infraestrutura necessária ao atendimento integral às vítimas de violência sexual, estariam presentes profissionais capacitados utilizando protocolos previamente definidos para atuação.

A Lei 8.069 do ECA (Brasil, 2003) estabelece que a Política de Atendimento aos Direitos da Criança e do Adolescente deve ser feita por um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais. Essa determinação sinaliza a importância da implantação e estruturação de uma rede de proteção à infância e à adolescência.

A estruturação da rede implica na inclusão de atores sociais diversos e instituições de setores variados. Habigzang et al. (2006) listam como componentes da rede social de atenção à criança e ao adolescente os Conselhos de Direitos, Conselhos Tutelares, Promotoria e Juizado da Infância e Adolescência, e instituições como escolas, postos de saúde, hospitais e abrigos.

Uma rede de apoio social é um conjunto de sistemas e pessoas que a criança entende como relacionamentos de apoio e tem início com o acolhimento da denúncia do abuso sexual. Esse é um momento importante, pois uma rede formada por profissionais despreparados pode oferecer risco de revitimização. Habigzang et. Al. (2006, p. 381) afirmam que as ações profissionais e legais devem se complementar na busca de um atendimento eficaz.

Amaral (2004) aponta que a formação de uma rede impele grandes desafios profissionais e pessoais. Esforços significativos têm sido empregados para romper com a cultura tradicional baseada em relações verticais, especialmente de poder. O pressuposto de rede implica em relações horizontais, onde todos se responsabilizam. A autora assegura que nas relações de rede tem poder aquele que tem iniciativa e, assim, sua tutela muda constantemente. Essa premissa pode causar certo desconforto aqueles que estão acostumados a obedecer passivamente ou a mandar autoritariamente, a partir de funções fixas,

determinadas hierarquicamente. Esse desconforto pode ser um dos pontos que torna o trabalho em rede uma tarefa tão árdua.

Uma rede só funciona se todos os profissionais se sentirem envolvidos por ela e, geralmente, esse envolvimento se dá por uma via transferencial e por vínculos afetivos que se constituíram ao longo de uma história comum. Daí a importância de cursos de capacitação/sensibilização de profissionais com abordagens nas áreas de Educação, Justiça e Saúde, visando informá-los sobre o fenômeno da violência (Tavares, 2004 p. 201-207).

De acordo com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), as políticas públicas de assistência social devem ser integradas de tal forma que atendam às peculiaridades e às diversidades socioeconômicas com as demais políticas setoriais. Um de seus pressupostos diz respeito à inclusão de pessoas de grupos específicos, a promoção da proteção social básica e a preocupação com o fortalecimento da família, independentemente da forma como se apresente (CFP, 2009).

As limitações do acolhimento e dos encaminhamentos evidenciam a necessidade de sensibilização, capacitação e senso crítico que em geral estão desarticulados. É preciso repensar no processo de responsabilização social que cada profissão deve imprimir ao sujeito. Outros fatos que gera dificuldade na resolução de casos de violência infanto-juvenil é a falta de integração entre as instituições envolvidas no processo. O trabalho interdisciplinar forma uma rede de pessoas, o que pode atenuar problemas comuns que interferem no atendimento apropriado às crianças e aos adolescentes vitimizados, bem como às respectivas famílias ( Scherer & Scherer, 2055; Neves, 2008).

### 3. ANÁLISE DOS DADOS ENCONTRADOS: O QUE A PALESTRA E AS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL DE PARANAGUÁ NOS MOSTRAM SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES?

A construção de indicadores é uma tarefa transdisciplinar, como aliás a própria intervenção na questão que estamos analisando. Esta construção não está isolada de uma determinada concepção da questão e do processo de articulação em que será inscrita. Pierre Cliche define indicador como “a medida estatística de um conceito ou de uma dimensão de um conceito ou de uma parte deste, fundada numa prévia análise teórica e integrada a um sistema de medidas semelhantes, servindo para descrever o estado da sociedade e a eficácia das políticas sociais” (1975. p.153). Cliche acentua o caráter quantitativo da construção de indicadores, mas articulada a uma determinada concepção teórica, o que a distingue de uma simples estatística social. Esta construção, portanto, não é neutra, implica aceitação de um determinado paradigma.

Para a elaboração de projetos e estratégias em rede para o enfrentamento desse problema social é preciso caminhar no sentido de articular o combate à violência com o desmonte da violência. O combate pode ser medido pelo número de abusadores responsabilizados, pela diminuição das denúncias, pelo número de vitimizados atendidos com resolutividade. O desmonte da violência é um processo complexo que envolve pessoas formadas, equipes articuladas, redes construídas, cultura autoritária modificada, crianças e jovens realizados e felizes, sexualidade responsável, famílias responsáveis no cumprimento de suas funções de formação da identidade, de proteção e socialização. Os indicadores devem, enfim, permitir o acompanhamento profissional e político da presença da violência, bem como do processo e dos resultados do combate e do desmonte da violência, enquanto atendimento, garantia de direitos, responsabilização, prevenção primária, secundária e terciária no paradigma de direitos, de redes e de mudança cultural, do imaginário e da ideologia, e com índices claros da resolutividade do trabalho.

Como já foi citado na introdução, em 15 de maio de 2014 realizei junto com minha colega Manoela Carla Velomim a Palestra “Violência e suas

Complexidades”, tendo como público alvo os funcionários que realizam os atendimentos nas situações de violência que passam pelo Hospital Regional do Litoral, localizado em Paranaguá. Tivemos nesse encontro 67 inscritos, levando em conta que a escala de trabalho dos funcionários do HRL é a de 12x36, esse número é um percentual bastante importante para a análise e indica a procura dos interessados no tema proposto. Porém o encontro foi aberto ao público e participaram do evento funcionários da Prefeitura e alunos de graduações distintas, como Direito, Serviço Social, Saúde Coletiva entre outros. Compareceram no dia 42 ouvintes dos 67 inscritos, - para analisarmos a eficácia ou o não do encontro que tivemos, realizamos dois questionários com 4 perguntas referentes ao tema em pauta, um antes da abertura e um no final, dos 42 ouvintes 27 responderam os dois questionários e 15 deixaram em branco. Segue abaixo o resultado dos questionários:

Questionário 01 - Anterior a Palestra: Perguntas e Respostas.

a) Você já recebeu alguma orientação sobre violências? 24 responderam sim e 3 responderam não; b) Qual nota de 0 a 5 você daria para os atendimentos dos casos de violências realizados pela equipe multidisciplinar no HRL? Três ouvintes deram nota 0; dois nota 2; doze nota 3; quatro nota 4; três nota 5 e três não responderam; c) Você se considera capacitado para realizar os atendimentos e encaminhamentos as vítimas de violências? oito ouvintes responderam sim; dezoito não e dois não responderam; d) O que você entende por violências? Vinte e quatro ouvintes realizaram uma breve definição sobre o assunto e três deixaram em branco;

Dentre as 24 definições as que me chamaram mais atenção foram:

Definição 1 - “... a violência é intrínseca do ser humano, está presente em todos os lugares, seja de forma explícita ou omitida. Desde os tempos mais remotos, alguém em algum momento da vida, viveu ou presenciou algum tipo de violência.  
Definição 2 – “Entendo como algo primitivo, instintivo que precisa ser controlado para viver em harmonia...”

Definição 3 - "... é tudo que humilha, que te diminui, machuca, discrimina e te torna impotente..."

Definição 4 - "... são ações de opressão carnis/físicas que violam direitos..."

Definição 5 - "... pessoas agredidas verbalmente e fisicamente por seus parceiros, namorados, cônjuges e agressões entre irmãos dentro de suas próprias casas..."

e) O que você conhece do trabalho do serviço social no HRL? Quinze responderam que não conhecem; sete conhecem e quatro não responderam.

Questionário 02 – Posterior a Palestra: Perguntas e Respostas:

a) Você se considera mais qualificado para a sua prática profissional, sobre o papel da equipe multidisciplinar no atendimento/encaminhamento das situações de violências no HRL? Dezoito ouvintes responderam sim; oito responderam não e um não respondeu; c) Qual o motivo que levou a participar da palestra? Os vinte e sete ouvintes responderam essa pergunta apontando uma médica de três justificativas, a maioria foi para esclarecer dúvidas referente ao primeiro atendimento e curiosidade sobre o tema por conhecer alguma situação que já ocorreu com alguém, analisando assim os passos para a resolução da situação em pauta; d) Após a palestra o que você compreende sobre o trabalho do serviço social no HRL? Vinte e seis ouvintes responderam, alguns com respostas positivas sobre a profissão porém a maioria com respostas negativas, justificando a falta de orientação e a deficiência no que diz respeito ao quadro de funcionários; um não respondeu. Seguem algumas das respostas:

Resposta 1 - "... nada porque nunca podem resolver nada..."

Resposta 2 - "...nada pois elas sempre dizem que não podem fazer nada..."

Resposta 3 - "...não ultrapassam o nível institucional, não há continuidade no atendimento (evitam envolvimento), não vão aos postos ouvir os relatos e quando ouvem emitem seus relatórios mas não "ajudam" no enfrentamento a situação de violência..."

Resposta 4 - "... que são guerreiras e prontas para ajudar..."

Resposta 5 - "... é um trabalho importante no local, porém debilitado e sem muito poder ..."

Resposta 6 - "... é um trabalho importante no local, porém debilitado e sem muito poder de atuação na sociedade, pois muitas vezes ficam de mãos atadas em certas situações por não poderem atuar de forma mais rígida devido a barreiras em especial 'leis'..."

Resposta 7- "... pouco além do que já sabia, além do que o trabalho das Assistentes Sociais não foi postulado e sim da Assistente Social como profissão. Palestras de Promotores, Presidente Conselho Tutelar do Município de Paranaguá, das Assistentes Sociais do HC!? Como saber da atuação das assistentes sociais do HRL? ..."

Ressalta-se na última resposta, que tivemos como objetivo convidar para a palestra as Assistentes Sociais do Hospital das Clínicas de Curitiba – PR para passar para os ouvintes sobre a rotina de trabalho delas dentro do Hospital, sendo que as mesmas são responsáveis diretas pelos atendimentos às crianças e adolescentes comparando assim a rotina das Assistentes Sociais do HRL com as do HC.

Depois do término da palestra e analisando os dois questionários, a procura e interesse pelas pessoas, tanto funcionários do HRL como pessoas de fora, isso é os ouvintes, acredito que o objetivo de trazer para o cotidiano desses profissionais a questão da humanização e o esclarecimento de alguns pontos nos atendimentos foram por uma boa parte deles alcançados. Porém o que me chamou mais a atenção foi quando entrou em pauta na palestra a importância do preenchimento da ficha de notificação compulsória, muitos dos ouvintes e principalmente os que trabalham no HRL comentaram que sabiam da existência da ficha porém dificilmente era preenchida ou ainda que não receberam alguma instrução sobre o porque da existência da ficha e seus fins.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, como consta na Portaria GM/MS Nº 104, de 25 DE JANEIRO DE 2011. As fichas preenchidas no Hospital Regional do Litoral são todas encaminhadas via lotes para a Secretaria de Saúde e ficam arquivadas no Setor de Epidemiologia, antes desse procedimento as fichas são inseridas no sistema.

Sendo esse o procedimento fiz uma solicitação para análises dessas fichas referente ao ano de 2014. Constam 213 fichas de notificação compulsória arquivadas, das 213, 212 foram preenchidas no Hospital Regional do Litoral, 01 foi na Cidade de Curitiba no Hospital Pequeno Príncipe. Do material analisado 52 fichas são referentes a casos de violência a crianças e adolescentes, sendo que desse total 28 são do sexo masculino e 24 do sexo feminino. Sobre o tipo de violência cometida 4 fichas de crianças e adolescentes foram preenchidas como violência sexual e 48 como violência física.

Observei durante a pesquisa que nenhuma ficha foi preenchida por completo, tiveram situações em que a idade do paciente era de 08 anos e constava que tinha a profissão de zelador, outra situação foi constar que o paciente possui algum tipo de deficiência ou transtorno e não foi preenchida o campo qual tipo de deficiência e transtorno. Levando em consideração que o Hospital Regional do Litoral localizado em Paranaguá realiza atendimentos para os 7 municípios do litoral sendo eles: Antonina; Morretes; Guaraqueçaba; Guaratuba; Pontal do Paraná; Matinhos e Paranaguá ou seja nem todas as notificações que são feitas no HRL são do município, porém ficam arquivadas na Secretaria de Saúde da Cidade pelo fato que a o preenchimento da ficha foi realizado no hospital em Paranaguá, sendo assim solicitei os dados gerais do ano de 2014 da cidade no próprio Setor de Epidemiologia. Segue abaixo:

**Tabela 01 - CASOS DE VIOLÊNCIA OCORRIDOS EM PARANAGUÁ POR SEXO E FAIXA ETÁRIA – ANO 2014**

Sexo	< 1 ano	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65e+	Total
Em Branco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Masculino	4	0	3	28	16	8	11	2	4	76
Feminino	3	1	7	21	18	3	2	0	0	55
Total	7	1	10	49	34	11	13	2	4	131

Fonte: Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DVDNT

A Tabela 1 nos informa que a maioria dos casos de violência ocorridas em Paranaguá por faixa etária o maior índice está entre a população entre a idade de 15 á 24 anos com um total de 49 notificações sendo a de maior índice o sexo masculino com o total de 28. A população jovem é a que mais sofre com a questão da violência, como combater esses índices e proporcionar maiores formas de inclusão social a esses jovens? A educação pública e de qualidade pode ser uma das respostas a essa pergunta. Não podemos nos esquecer também da marginalização vinda através do tráfico e uso de drogas que acomete essa faixa etária, políticas públicas de educação, lazer e renda são importantes para minimizar esses índices.

Tabela 02 - TIPOS DE VIOLÊNCIA EM RESIDENTES EM PARANAGUÁ – ANO 2014

Violência Física – <b>123</b>
Violência Psico/Moral – <b>05</b>
Violência Tortura – <b>02</b>
Traf. Seres Humanos – <b>03</b>
Viol. Negli/Aband – <b>09</b>
Viol. Trabalho. Infantil – <b>0</b>
Viol. Interv. Leg – <b>0</b>
Outra Violência – <b>03</b>

Fonte: Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DVDNT

A Tabela 2 trás que o maior índice tabulado por tipos de violência de residentes em Paranaguá está no índice de violência física com 123 notificações

de um total de 145, ou seja, uma média de 90%. Ajustando as nossas lentes podemos perceber então que a maioria das pessoas que sofrem de violência são jovens, adolescentes do sexo masculino e que sofrem violência física. Assim pensar em como amenizar essa questão é algo importante, a elaboração de políticas públicas nas áreas pertinentes é garantir um futuro digno para esses adolescentes e jovens em situação de violação de seus direitos.

**Tabela 03 - CASOS DE VIOLÊNCIA POR VÍNCULO DO AGRESSOR EM RESIDENTES EM PARANAGUÁ – ANO DE 2014**

<b>Pai – 09</b>
<b>Mãe - 01</b>
<b>Padrasto – 01</b>
<b>Cônjuge – 11</b>
<b>Ex – Cônjuge – 05</b>
<b>Namorado (a) – 02</b>
<b>Filho (a) – 01</b>
<b>Ex- Namorado (a) – 02</b>
<b>Filho (a) – 01</b>
<b>Irmão(a) – 0</b>

Fonte: Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DVDNT

Essa última tabela apresentada no Trabalho nos garante que do total de 33 casos apresentados de violência por vínculo do agressor em Paranaguá, 11 foram causados por cônjuges e em segundo lugar, foram de pais com 09 casos. Esse índice também nos mostra que o agressor está dentro de casa, a violência nesses casos é difícil de ser reconhecida ou divulgada. Aqui apresentamos os casos em que houveram atendimento as vítimas e aqueles em que a vítima não chega a pedir socorro? Esses casos são ainda mais complicados para a resolução via poder público.

## CONCLUSÃO

A princípio, iniciei o meu trabalho com o objetivo de propor ao Hospital Regional do Litoral a utilização de uma Ficha Complementar quando fosse utilizada a ficha de Notificação Compulsória do Sinan nas situações de violência sexual contra criança e adolescente. Seria proposto para análise este projeto, tendo início no segundo semestre do ano de 2015, pensei em fazer parceria com as novas estagiárias do Curso de Serviço Social da turma de 2013 que iniciarão o processo de estágio obrigatório agora no mês de agosto de 2015. Nas minhas pesquisas encontrei um Modelo elaborado com base na ficha de notificação utilizada pelo município de Araucária/PR focado apenas nos CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE MAUS-TRATOS OU ABUSO SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, essa ficha de notificação utilizada em Araucária, seria implantada no HRL para que na hora do atendimento da situação de violência sexual contra criança e adolescentes o funcionário do hospital que preenche a ficha, conheça mais a fundo a vítima e seus familiares, podendo assim disponibilizar os dados para a rede de atenção integrada para os cuidados e acompanhamentos do caso.

Porém, realizando os levantamentos e as pesquisas nas fichas de notificação compulsória que obtive liberação para análise na Secretaria de Saúde da cidade no setor de Epidemiologia, notei que primeiramente antes de propor uma nova ficha complementar para a facilidade de disponibilidade de dados das situações de violência e intervir e aplicar os procedimentos passo a passo sem falhas, passando por toda a rede, é necessário capacitar as Unidades Básicas de Saúde da Cidade de Paranaguá e também os funcionários que realizam o atendimento no HRL para a utilização da ficha de notificação, é necessário apresentar a importância da existência da ficha do SINAN e o preenchimento correto e completo da mesma, com isso notaríamos a presença de mais fichas no sistema e mais casos apresentados para a realização de projetos e trabalhos voltados para as situações de violências contra criança e adolescente pois primeiramente antes de qualquer passo, para liberação de verbas é necessário a apresentação dos altos índices das situações de violência que ocorrem, Paranaguá possui 21 Unidades Básicas de Saúde, o Hospital Regional do Litoral e dois

Hospitais particulares sendo eles o Hospital Paranaguá e a Clínica São Paulo, de todos mencionados o único que aderiu a ficha de notificação apesar das lacunas é o Hospital Regional do Litoral, lembrando que a Cidade de Paranaguá possui 140.469 habitantes e que o HRL realiza atendimentos de pacientes dos 7 municípios do Litoral Paranaense e as fichas por mais que o paciente seja de outro município porém realizou o atendimento e os procedimentos no HRL as fichas ficam arquivadas para os dados da cidade de Paranaguá.

Sendo assim não dá para acreditar que no ano de 2014 ocorreram apenas 4 situações de violência sexual contra menores de 18 anos como arquivadas na Secretaria de Saúde. Acredito que futuramente sendo trabalhado essa conscientização do preenchimento em todas as unidades em Paranaguá e analisando os dados assim corretos, poderá ser implantada a ficha que mencionei acima utilizada no município de Araucária. Segue o modelo no anexo 1.

## ANEXO 1

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE XXXXXX<sup>2</sup>**SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE  
**MAUS-TRATOS OU ABUSO SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

**Definição de caso:** Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002). **Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, em todas as suas formas a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes** (Juiz da Infância e Juventude, Ministério Público e/ou Delegado de Polícia local), de acordo com os arts. 13 e 56, inciso I da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. A omissão importa na prática da infração administrativa tipificada no art. 245, do mesmo Diploma Legal. Para os efeitos da lei, são consideradas crianças as pessoas de zero a 12 anos incompletos e adolescentes as pessoas com idade entre 12 e 18 anos incompletos.

**1 - Preencher** a ficha de notificação em 4 vias e encaminhar a 1ª e 2ª vias ao Conselho Tutelar ou demais autoridades acima referidas, arquivando a terceira na escola e enviando a quarta para Secretaria competente. O encaminhamento deve ocorrer **imediatamente** após a suspeita ou confirmação da violência.

**3 - Prestar** o atendimento inicial à criança e orientar os pais ou responsável.

**2 - Encaminhar** a criança/adolescente ao Conselho Tutelar, se possível **com avaliação técnica e sugestão de encaminhamento**.

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE	<b>Nome:</b> _____ Data de Nascimento: ____/____/____. Sexo: ( ) Fem., ( ) Masc. Raça/cor: ( ) branca, ( ) parda, ( ) negra, ( ) oriental. Nome da mãe: _____ Nome do pai: _____ Endereço de residência: _____ _____ _____ Ponto de referência: _____ Telefone para contato: ( ____ ) _____	<b>Com quem vive:</b> <input type="checkbox"/> Pai, <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto, <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Tio, <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Avô, <input type="checkbox"/> Avó <input type="checkbox"/> Irmão(ã, aos, às) Outros: _____ _____	<b>Apresenta deficiência ou transtorno:</b> <input type="checkbox"/> física <input type="checkbox"/> mental <input type="checkbox"/> visual <input type="checkbox"/> auditiva <input type="checkbox"/> transtorno mental <input type="checkbox"/> outra: _____ <input type="checkbox"/> não observada
	<b>Estuda?</b> <input type="checkbox"/> sim, <input type="checkbox"/> não. Série: _____. Turno ( ) M, ( ) T, ( ) N. Escola: _____ _____		

<sup>2</sup> Modelo elaborado com base na ficha de notificação utilizada pelo município de Araucária/PR.



## Referências

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Atribuições privativas do (a) assistente social. Brasília. CFESS, 2002.

Faleiros VP, Faleiros ETS. Circuito e curtos-circuitos: atendimento, defesa e responsabilização do abuso sexual contra criança e adolescentes. São Paulo: Editora Veras 2001.

Pimentel, A., & Araujo, L. S. (2007). Concepção de criança na pós-modernidade. *Psicologia: ciência e profissão*, 27(2), 184-193.

Tavares, M. (2004). Criando a rede especializada de atendimento. In G. Pizá & G. F. Barbosa (Orgs), *A violência silenciosa do incesto* ( pp.201-207). São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; Rio de Janeiro: Clínica Psicanalítica da Violência.

Habigzang, L. F, Azevedo, G. A., Koller, S. H., & Machado, P.X. (2006 ) Risk and protective factors in the resource network for children and adolescents victims of sexual violence. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 379-386. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722006000300006&script=sciarttext>.

Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2009). Serviço de Proteção Social a Criança e Adolescente Vitimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias: Referências para a atuação do psicólogo. Brasília: CFP.

Koshima, K. (2003). Palavra de Criança. In: G. Gadelha & H. Barbosa. ( Orgs.), *Construindo uma História: Tecnologia Social de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes* (pp. 133-144). Salvador: CEDECA-BA.

Amaral, V. (2004). Desafios do trabalho em rede. Disponível em: [http://www.rts.org.br/bibliotecarts/artigos/arquivos/redes\\_vamaral\\_desafios.pdf](http://www.rts.org.br/bibliotecarts/artigos/arquivos/redes_vamaral_desafios.pdf). >.

Araújo, M. F. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, 7(2), 3-11). Disponível em : <[http://: www.scielo.br](http://www.scielo.br)>.

Peres MFT, Santos PC. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 1990: o papel das armas de fogo. *Ver Saúde Pública*. 2003;39: 58-66.

Brasil (2003) Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990. 4 ed. Brasília: Saraiva.

AZEVEDO, M. A & GUERRA, V. N. A. ( Orgs.), 1989. *Crianças Vitimizadas: A Síndrome do Pequeno Poder*. São Paulo: Iglu.  
([http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm))

Minayo MCS. A violência dramatiza causas. In: minayo MCS, Souza ER, organizadores. *Violência sob o olhar da saúde, a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 23-47.

CLICHE, Pierre. *Indicateurs sociaux: conception et élaboration*. Québec, Ministère des Affaires Sociales, 1975. P. 153.

Brasil. Lei nº8080/90. (1990b). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 19 de setembro.

Brasil (2000). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. 24.ed. São Paulo: Saraiva

Brasil (2003). *Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990*, 4. ed. Brasília: Saraiva

Brasil. Lei nº 8069. (1990a). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e da outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 13 julho.

Brasil (2009). Lei nº12.015. Código Penal brasileiro, dispõe sobre os crimes contra a dignidade sexual e contra liberdade sexual. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 07 agosto.

GESTÃO em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 383 p. ISBN 9788527717083 (broch.).

SAÚDE e democracia: histórias e perspectivas do SUS. Nísia Trindade Lima. Rio de Janeiro: Fiocruz: OPAS, 2005. 502p., grafs., tabs. Inclui bibliografia. ISBN 857541058X (broch.).

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 174 p., il., 21 cm. (Saúde em debate, 163). Bibliografia: p.163-174. ISBN 8527106817 (broch.).

ACIOLE, Giovanni Gurgel. **A saúde no Brasil**: cartografias do público e do privado. Campinas, SP; São Paulo: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região: Hucitec, 2006. 357p., il.; tabs. (Trabalho, saúde e sociedade, v.1). Inclui bibliografia. ISBN 8527106760 (broch.).

[https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod\\_resource/content/1/como\\_elaborar\\_projeto\\_de\\_pesquisa\\_-\\_antonio\\_carlos\\_gil.pdf](https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf)

[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)

Pereira Neto, A. F. (2001). Ser médico no Brasil: o presente no passado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

OLIVEIRA, J. A. & TEIXEIRA, S. M. F., 1989. *(IM) Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil*. 2<sup>a</sup> Ed., Petrópolis: Vozes.

LIMA-GONÇALVES, E. Condicionantes internos e externos da atividade do hospitalempresa. Revista de Administração de Empresas RAE eletrônica, São Paulo, v.1, n.2, 2002.

HOCHMAN, Gilberto. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec. 1998.

ESCOREL, Sarah. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 206 p.

BRAVO, M. I. S. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas Sociais e Práticas Profissionais. São Paulo: Cortez/ UFRJ, 1996.

Ministerio de Salud de la Gran Bretana. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920**. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964.

CONSELHO Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília: CFESS, 2010.

