



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**JAQUELINE CARVALHO DE ARAÚJO**

**CONTRARREFERÊNCIA NA REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E  
ADOLESCENTE VÍTIMAS DE NEGLIGÊNCIA FAMILIAR EM NATAL/RN: um  
estudo a partir do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes**

**NATAL/RN**

**2015**

**JAQUELINE CARVALHO DE ARAÚJO**

**CONTRARREFERÊNCIA NA REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E  
ADOLESCENTE VÍTIMAS DE NEGLIGÊNCIA FAMILIAR EM NATAL/RN: um  
estudo a partir do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes**

Monografia apresentada ao curso de Serviço Social da  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte como  
requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço  
Social.

**Orientadora:** Esp. Josivânia Estelita G. de Sousa

**NATAL/RN  
2015**

Seção de Informação e Referência  
Catalogação da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Araújo, Jaqueline Carvalho de.

Contrarreferência na rede de atendimento à criança e adolescente vítimas de negligência familiar em Natal/RN: um estudo a partir do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes / Jaqueline Carvalho de Araújo. – Natal, RN, 2015.  
50 f.

Orientadora: Josivânia Estelita Gomes de Sousa.

Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas – Departamento de Serviço Social.

1. Criança e adolescente - Monografia. 2. Negligência - Monografia. 3. Referência e Contrarreferência – Monografia. I. Sousa, Josivânia Estelita Gomes de. II. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 364.4-05.5/.7

**CONTRARREFERÊNCIA NA REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMAS DE NEGLIGÊNCIA FAMILIAR EM NATAL/RN: um estudo a partir do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes**

Monografia apresentada ao curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>Esp. Josivânia Estelita Gomes de Sousa (Orientadora) Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

---

Prof<sup>ª</sup>Elizângela Cardoso de Araújo Silva (Examinadora) Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

---

Maria Obelaide de Moura (Examinadora)  
Assistente Social – CRESS/RN: 1827

.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me acompanhado por todos os períodos do curso, por ter iluminado meu caminho até aqui, por ter me ajudado em todos os momentos em que tive dificuldade, por ter me dado força pra continuar todas as vezes em que tive motivos pra desistir.

À minha família por me apoiar e me acompanhar nesse processo. Em especial a meus pais, Bento e Rosália, por sempre terem me proporcionado uma boa educação desde a primeira infância, por nunca terem desistido de mim, por sempre me cobrarem com rigor que eu aproveitasse a oportunidade que me deram e por todo apoio. Também agradeço a meu esposo Luberval, por ter me apoiado e por sempre ter acreditado em mim.

Aos amigos que fiz durante o curso, inclusive aqueles com quem os laços de amizade acabaram de afrouxando e hoje não estão tão presentes em minha vida, mas todos eles foram muito importantes pra mim durante o curso. Especialmente gostaria de agradecer às minhas grandes amigas, Marlene, Larissa, Patrícia, Evelyne e Samara. Amigas a quem agradeço pela amizade, pelo amor e os vínculos que criamos, pela força que transmitimos umas às outras e pelas broncas que damos umas às outras. Também à minha grande amiga Randinely, por quem não pensei que poderia surgir uma grande amizade, por todos os esclarecimentos, orientações e conselhos.

Agradeço aos professores que conheci durante o curso e que foram protagonistas do meu aprendizado na medida em que me transmitiram todo o conhecimento do qual necessitei e iniciaram meu processo de conhecimento sobre o Serviço Social, já que este (conhecimento) nunca poderá ser dado como suficiente ou concluído. Em especial agradeço à minha orientadora Josivânia pela paciência, parceria e clareza nas orientações. Agradeço a Josi por ter me ajudado a atingir o objetivo de concluir o TCC.

Agradeço também aos profissionais do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes por ter tido a oportunidade de obter conhecimento prático sobre a profissão, em especial a Maria Obelaide, minha supervisora de estágio.

## RESUMO

A presente produção se configura como resultado da pesquisa para construção de Trabalho de Conclusão de Curso que tem como principal objetivo a análise da rede de atendimento à criança e ao adolescente em Natal – RN com foco para a dinâmica de funcionamento do sistema de referência e contrarreferência entre as instituições envolvidas, a partir de denúncias de negligência e/ou maus-tratos intrafamiliares. O interesse por essa temática surgiu a partir de um fato concreto observado durante o estágio curricular obrigatório em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, realizado no Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes. Tal fato diz respeito a constatação de não-efetivação da contrarreferência entre as instituições, a partir do qual foram iniciadas pesquisas bibliográficas, documentais e de campo que propiciaram a identificação dos motivos para o surgimento desse fato. Como resultado foi observada a confirmação de pressupostos da pesquisa, quais sejam: a falta de cobrança da contrarreferência pelas instituições que realizam o primeiro encaminhamento, a referência, e a alta demanda nas instituições pertencentes à rede de atendimento, o que dificulta e/ou impossibilita a efetivação do atendimento integral de todas essas demandas. Tais resultados puderam ser percebidos e analisados através de entrevista realizada no Conselho Tutelar da Zona Norte, cujas respostas dadas pelos entrevistados estão transcritas nesta produção, por meio de trechos, ressaltando-se que em respeito ao sigilo, os nomes dos entrevistados foram trocados por nomes fictícios. Através da entrevista associada ao estudo bibliográfico é possível perceber como principal consequência da não realização na contrarreferência, é vista a não efetivação na proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes, na medida em que o problema exposto deixa margem para a reincidência da violência sofrida. Buscando uma solução para a superação dessa problemática, entendemos que o melhor caminho é a busca incessante, por parte de todos os profissionais envolvidos na rede de atendimento, da superação dos elementos impossibilitadores do atendimento integral às demandas.

**PALAVRAS CHAVE:** Criança e adolescente; Negligência; Referência e Contrarreferência.

## ABSTRACT

This study is a result of a research that was done to produce the Final Paper which has as the main purpose the child and adolescent service network analysis at Natal (Rio Grande do Norte) focusing on the dynamic operation of the reference and counter-reference system among the institutions involved, from neglect complain and/or domestic maltreatment. The interest about this subject came from a concrete fact observed during the curricular internship period at Maria Alice Fernandes Pediatric Hospital. Such fact is about the non-effectuation finding of counter-reference among institutions, from which bibliographic, documental and field research were started to propitiate identification of the fact's appearance causes. In Results, we observed research presupposition confirmation, namely: no demands for counter-reference by institutions that execute the first forwarding, reference, and high demands in institutions belonging to the service network, which difficult or preclude the total meeting of all these demands. Such results could be perceived and analyzed through interviews made at Child Protective Services of North Zone whose answers given by the interviewees are transcribed in this paper, by stretches, and all interviewees names were changed to fictitious names to keep in secrecy. By this interview associated with bibliographical studies it is possible to perceive as the main consequence of non-realization of counter-reference, it is seen no efficacy in protecting child and adolescents' rights, as the problem exposed leaves room to the recurrence of violence suffered. In order to find a solution to overcome this set of problems, we understood that the best way is the continued search, by all specialists involved in the service network, for overcoming all elements that preclude the total meeting of demands.

**KEYWORDS:** Child and adolescent; Neglect; Reference and Counter-reference.

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 01</b> – Lista de instituições cadastradas no Comdica Natal – RN .....	31
--	----



## **LISTA DE SIGLAS**

**ABRAPIA-** Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência

**COMDICA-** Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente

**CONANDA-** Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

**CRAS-** Centro de Referência de Assistência Social

**CREAS-** Centro de Referência Especializada em Assistência Social

**DST-** Doença Sexualmente Transmissível

**ECA-** Estatuto da Criança e do Adolescente

**FEBEM-** Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor

**FUNABEM-** Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

**HPMAF-** Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes

**HUOL-** Hospital Universitário Onofre Lopes

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**PAIF-** Proteção e Atendimento Integral à Família

**SAM-** Serviço de Atendimento ao Menor

**SESAP-** Secretaria Estadual de Saúde Pública

**SGD-** Sistema de Garantia de Direitos

**SUAS-** Sistema Único de Assistência Social

**SUS-** Sistema Único de Saúde

**UDVM-** Unidade para Dependentes de Ventilação Mecânica

**UTI-** Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2</b>	<b>INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E MAUS-TRATOS</b> .....	13
2.1	RECORTE SOBRE A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO BRASIL .....	14
2.2	MAUS-TRATOS E NEGLIGÊNCIA INFANTO-JUVENIL.....	17
2.3	INSTRUMENTOS DE NORMATIZAÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS INFANTO-JUVENIS NO BRASIL .....	20
<b>3</b>	<b>REFERÊNCIA, CONTRARREFERÊNCIA E REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E ADOLESCENTE EM NATAL/RN</b> .....	22
3.1	REFERÊNCIA, CONTRARREFERÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES .....	23
3.2	MAPA DA REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E ADOLESCENTE EM NATAL/RN .....	29
3.3	DINÂMICA DA CONTRARREFERÊNCIA NOS CASOS DE NEGLIGÊNCIA INFANTO-JUVENIL A PARTIR DO HOSPITAL PEDIÁTRICO MARIA ALICE FERNANDES EM NATAL/RN .....	33
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	40
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	43
	<b>APÊNDICES</b> .....	47

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso referente à graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pretende fazer uma análise acerca da temática que trata a negligência infanto-juvenil intrafamiliar com foco voltado para a rede de atendimento à criança e ao adolescente em Natal – RN, fazendo uma análise acerca da dinâmica de referência e contrarreferência entre as instituições, problematizando a ausência ou falhas no sistema de contrarreferência e suas implicações para a efetivação dos direitos das crianças e dos adolescentes vítimas dessa expressão de violência. O interesse pelo tema iniciou-se durante o período de estágio curricular obrigatório realizado no Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes (HPMAF) em Natal – RN, no ano de 2014.

Lima e Ramalho (2014) contextualizam a violência como uma questão composta de múltiplas determinações, que perpassam elementos culturais, econômicos, políticos, sociais e geracionais, que se expressa independentemente das classes sociais, etnias, gênero, gerações, entre outros. Elas entendem que somente a partir da década de 1980 o debate acerca dessa problemática começou a ser inserida na política de saúde pública. As autoras ainda declaram que há um consenso acerca da afirmação de que há na política de saúde, uma capacidade de enfrentamento da violência, na medida em que se torna possível no âmbito médico, a identificação da agressão, seja ela de qualquer maneira, além da disponibilidade de tratamento diferenciado.

O segmento criança e adolescente é um dos grupos geracionais da sociedade que sofrem com a violência. Para essas vítimas, as autoras afirmam que no âmbito social, é vista a possibilidade de fortalecimento do sistema de proteção e garantia dos direitos da criança e do adolescente. Elas concluem que para efetivação no atendimento às crianças e adolescentes vítimas de negligência, maus-tratos ou qualquer outra forma de violência, é necessária a garantia de um atendimento integral, requerendo a superação da modalidade de interação profissional individualizada para a dimensão interdisciplinar e intersetorial, na medida em que haja o fortalecimento da interação entre as diversas políticas, como a saúde, educação, assistência, entre outros.

Nesse sentido e considerando tais noções acerca da violência infanto-juvenil expressa na negligência e maus-tratos intrafamiliar escolhemos como tema para o presente trabalho de conclusão de curso a rede de atendimento aos direitos das crianças e adolescentes em Natal-RN e como essa rede pode ser explorada pelos profissionais de Serviço Social a partir do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes quando há suspeita e/ou constatação de

negligência familiar. No período de estágio foi possível presenciar alguns casos de crianças que ficaram internadas por adoecimento decorrente da falta de medidas de saúde e/ou higiene dos pais e responsáveis no cuidado de seus filhos, além de, através da dimensão investigativa inerente à profissão, terem sido detectadas evidências, denúncias ou a própria confirmação de que esses pacientes eram, em alguns casos, vítimas também de negligência emocional, violência física e/ou sexual. Além disso, foi possível tomar conhecimento de outros casos a partir de registros no Livro de Ocorrências do Serviço Social daquela instituição. Neste livro está o relato do responsável sobre a situação em que se encontra a criança negligenciada, o estado do paciente, o resultado do contato feito com o órgão responsável pelo caso da mesma (Conselho Tutelar do município, por exemplo) e os depoimentos de funcionários de outras unidades de saúde (as unidades de referência dos pacientes<sup>1</sup>).

As inquietações acerca da problemática em questão começavam a partir do momento em que era constatada a negligência contra a criança e/ou adolescente e na medida em que observava mais casos, prestava atenção na maneira em como as assistentes sociais acionavam a rede de atendimento à criança e adolescente. Ao examinar os arquivos do Serviço Social daquele hospital, percebi que muitas vezes vários órgãos eram acionados para solicitar o acompanhamento de uma única situação. No entanto, notei que não havia uma articulação entre todos os órgãos envolvidos, haja vista que muitas vezes o próprio hospital repassava algumas informações sobre o andamento desses casos de um órgão para outro. Por fim, a maior inquietação deu-se ao perceber que a partir do momento da alta hospitalar não havia mais nenhum registro, no Serviço Social, a respeito daquela vítima. Ou seja, percebi que não há efetivação da contrarreferência durante o período de internação da vítima (geralmente é durante esse período que as instituições responsáveis cancelam o poder familiar dos pais e tomam as medidas necessárias para que na alta hospitalar a vítima seja encaminhada a alguma casa de acolhimento) nem depois que a criança/adolescente sai do hospital, impossibilitando assim, que o Serviço Social do HPMF tome conhecimento da resolutividade do caso, além-hospital.

Assim, o presente trabalho teve como principal objetivo a identificação e análise das razões que levam ao pressuposto de que existem falhas na contrarreferência na rede de atendimento aos direitos da criança e do adolescente quando há suspeita ou constatação de negligência intrafamiliar a partir da entrada no Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes em

---

<sup>1</sup> Unidades de referência são as unidades de saúde que encaminham os pacientes ao HPMF por este se configurar como um hospital de porta referenciada, característica que será melhor explorada capítulo 2.

Natal-RN, partindo de alguns pressupostos quais sejam: a falta de conhecimento por parte dos funcionários das instituições envolvidas da importância da contrarreferência; a falta de instrumentos e/ou ineficiência da relação entre equipe-demandas, que impossibilitam a efetivação da contrarreferência, além da ausência de cobrança por parte das instituições, que fazem os encaminhamentos, da contrarreferência como atividade inserida na dinâmica das instituições.

Como objetivos específicos, buscamos identificar quais tipos de negligência ou maus-tratos infanto-juvenis são mais recorrentes no HPMAF; esclarecer a responsabilidade dos pais nesses casos de negligência, sem esquecer a responsabilidade do Estado; análise da importância da contrarreferência na rede de atendimento à criança e ao adolescente e as razões que levam à sua não-execução e por fim analisar as formas de efetivação dos direitos das vítimas de negligência infanto-juvenil intrafamiliar, destacando e pontuando as instituições da rede de atendimento.

Assim, para o alcance dos objetivos, foi necessário permeamos o trabalho com base em uma pesquisa de cunho explicativo, já que partimos de um fato concreto e já identificado como existente no Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes que é a ausência de contrarreferência entre as instituições que compõem a rede de atendimento à criança e ao adolescente no município de Natal – RN. Adotamos a abordagem qualitativa, já que nossa intenção baseou-se em demonstrar os motivos pelos quais a contrarreferência não acontece e usá-los como elementos explicativos do objeto de estudo.

Para a realização da pesquisa, foi necessário definir o universo em que esta se realizaria, bem como as amostras que seriam utilizadas. Nesse caso, o universo da pesquisa foi a rede de atendimento às crianças e adolescentes no município de Natal – RN e as amostras seriam, primeiramente o Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes, já que a base da pesquisa foi composta de casos de negligência intrafamiliar que chegaram ao hospital e além do HPMAF, estava previsto trabalharmos com o CRAS Nossa Senhora da Apresentação, Conselho Tutelar da Zona Norte e CREAS Norte, caracterizados por serem as instituições de Natal mais acionadas pelo Serviço Social do HPMAF. Primeiramente, com relação às técnicas de investigação, foi feita uma análise documental, a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Constituição Federal. Posteriormente foram realizadas várias pesquisas bibliográficas para que fosse possível ter base para o início do trabalho, a partir das contribuições de autores que já exploraram o tema proposto e temas relacionados.

Após esse momento, para analisar os motivos de ausência da contrarreferência entre as instituições, através da dimensão investigativa que norteia o Serviço Social enquanto

profissão, realizamos entrevistas semiestruturadas nas instituições inseridas no universo da pesquisa, partindo dos pressupostos já mencionados acima, dando aos indivíduos entrevistados liberdade para que estes pudessem trazer novos elementos que poderiam enriquecer a pesquisa.

Acerca das entrevistas, obtivemos sucesso na realização da entrevista no Conselho Tutelar, no entanto tivemos que abrir mão das entrevistas no CRAS Nossa Senhora da Apresentação e CREAS Norte, haja vista a exigência de que a marcação das entrevistas fosse realizada por meio de solicitação junto à Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social (SEMTAS), momento em que após termos cumprido todas as exigências da instituição, pudemos perceber os efeitos negativos da crescente burocratização e intensa demora no atendimento às nossas solicitações.

Como instrumentos possibilitadores da concretização da entrevista foram utilizadas cédulas de entrevistas e gravador, utilizado a partir de autorização, conforme orientações do Comitê de Ética em pesquisa previstas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, para que não houvesse necessidade de interrupções nas entrevistas.

Assim, a presente produção foi dividida em dois capítulos centrais. O primeiro capítulo trata da trajetória histórica pela qual passou a formulação e aperfeiçoamento dos direitos das crianças e dos adolescentes no Brasil, resgatando as primeiras leis que surgiram no país acerca da temática abordada. Posteriormente, no mesmo capítulo, é feita uma análise sobre as formas de negligência e maus-tratos infanto-juvenis, para que à posteriori pudessem ser identificados instrumentos e instituições de atendimento e proteção aos direitos da criança e do adolescente.

O segundo capítulo apresenta os resultados das pesquisas de campo realizadas para elaboração desta produção, demonstrando como se dá o funcionamento da referência e contrarreferência entre as instituições locais. Para isto, primeiramente é feito um recorte sobre a construção da política de saúde no Brasil, bem como uma breve análise sobre o funcionamento desta política atualmente. Além disto, após apresentadas algumas instituições em Natal às quais podem recorrer os diversos profissionais inseridos nos casos de negligência e/ou maus-tratos infanto-juvenis, é problematizada a articulação do Serviço Social na saúde, com relação à referência e à contrarreferência às outras instituições, com a rede de atendimento à criança e ao adolescente em Natal. Por fim, é feita a apresentação dos dados obtidos a partir de uma entrevista realizada no Conselho Tutelar da Zona Norte de Natal com quatro conselheiros, analisando e articulando esses dados com as produções de outros autores que abordaram a mesma temática.

## 2 INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E MAUS-TRATOS

Ao analisar a trajetória sócio-histórica pela qual passou um menino de rua que transite à adolescência como um sujeito de direitos, Calil (2003) afirma que a família não é apenas mais uma instituição em que estão inseridos os indivíduos, mais que isso, a família tem suma importância no processo de desenvolvimento do ser humano na medida em que dá o “primeiro sentido de identidade à criança”.

No momento de transição entre infância e adolescência, a resolução no seio familiar, de dificuldades pelas quais passam os indivíduos pode ocorrer muitas vezes através de atenção e orientação. No entanto, a ausência ou ineficácia de políticas públicas dirigidas às famílias no Brasil transforma essas dificuldades em elementos causadores da desagregação familiar. Nesse contexto a violência dos pais contra os filhos fragiliza intensamente os laços afetivos, reduzindo a criança ou adolescente à condição de mero objeto de maus-tratos. Neste capítulo, serão tratados a história do desenvolvimento dos direitos das crianças e adolescentes brasileiros a partir dos primeiros apontamentos sobre o tema, as condições e formas de maus-tratos à criança e ao adolescente, bem como os instrumentos disponíveis para identificação das agressões, punições aos agressores e inserção ou reinserção das vítimas no ambiente familiar e na sociedade.

No primeiro item do capítulo será analisada a trajetória pela qual passaram os direitos sociais das crianças e adolescentes brasileiros, desde a colonização do país até a criação do Estatuto da criança e do adolescente passando pelo surgimento e transposição do Código de Menores. O segundo item tratará da discussão acerca da negligência infantil, pormenorizando suas mais diversas expressões e consequências às vítimas, o que servirá de ponte para o último item do capítulo no qual serão aludidos os instrumentos dos quais a sociedade pode fazer uso no combate à negligência infanto-juvenil, quais sejam: Estatuto da criança e do adolescente e as diversas instituições de atendimento à criança e adolescente, ao exemplo de CRAS, CREAS e Conselho tutelar.

## 2.1 RECORTE SOBRE A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO BRASIL

O primeiro momento a que Gomes (2014) faz referência acerca da temática criança e adolescente no Brasil é o período da colonização deste país, época em que via-se as crianças indígenas como escravas para atenderem às necessidades dos estrangeiros colonizadores. Ainda nesse período foi observado o que talvez possa ser considerado um ensaio, ainda que 'rústico', para proteção da criança e do adolescente. Havia uma legislação indigenista que proibia o trabalho escravo e a venda de crianças. No entanto, essa legislação não era cumprida.

Segundo a autora, no momento em que os jesuítas fundaram, em 1554, a escola jesuítica no Brasil, as crianças indígenas também participaram do processo de conversão ao cristianismo, que na realidade foi um forte instrumento de imposição da cultura portuguesa no país. Anos depois, o que se observou foi um grande número de crianças filhas de índios, portugueses e ex-escravos que ficavam órfãs e/ou desamparadas. Frente a essa problemática, o Governo Colonial transfere a responsabilidade por essas crianças ao bispo do Brasil que resolveu transferir parte do dinheiro arrecadado pela Igreja, para a manutenção e controle dos desvalidos. É nesse momento que surge a Santa Casa de Misericórdia, uma instituição criada pelo Governo, financiada pela sociedade (através de doações) e gerida pela Igreja. Tal instituição ofertava serviços de saúde e filantropia social. A caridade da Santa Casa de Misericórdia não era restrita às crianças e adolescentes, estendendo suas ações a todos os indivíduos que dela necessitasse, ressaltando que somente os indivíduos realmente pobres e que comprovassem sua situação de pobreza, podiam ter acesso à essa instituição. Essa comprovação de pobreza era realizada através dos padres de cada paróquia.

Em 1726, na Bahia, foi construída a primeira "Roda dos Expostos" no Brasil. Essa roda era implantada nas Casas de Misericórdias e funcionava como uma porta para que as crianças fossem abandonadas por suas famílias. Devido ao grande número de crianças abandonadas nas portas de igrejas, nas portas de casas de famílias ricas e em frente aos conventos, foi decidido pelas autoridades do Rio de Janeiro e Vice-Rei que seriam criados asilos que acolheriam essas crianças. A Santa Casa de Misericórdia reservou uma das enfermarias de seu hospital para o recolhimento de crianças abandonadas, dando origem à Casa dos Expostos no Rio de Janeiro.

Ainda segundo Gomes (2014), somente em 1822, após a independência do Brasil, foram observadas mudanças significativas na assistência às crianças expostas, através da



ampliação e diversificação das instituições de atendimento à população infanto-juvenil. Com o crescimento econômico e industrial pelo qual passou o Brasil, a sociedade médica do país observou que as Casas de Roda e os asilos infantis não acompanhavam esse crescimento haja vista o alto índice de mortalidade infantil nessas instituições. Nesse momento é observada no país uma maior discussão sobre a necessidade de intervenção do Estado na criação de políticas públicas voltadas para esse segmento. No entanto, vale salientar que essa preocupação se refere à necessidade de controle da massa infanto-juvenil com políticas que a transforme em uma massa de cidadãos úteis e produtivos. É nesse período que surge o termo "menor" que denominava crianças e adolescentes em situação de risco social.

Gomes (2014) ainda afirma que já no início do século XX, o Brasil foi marcado pelo fortalecimento da mobilização e lutas sociais, que reivindicavam a criação, regulamentação e/ou reformulação de políticas públicas que realmente atendessem às necessidades da população, da classe trabalhadora. Dentre essas políticas, reivindicava-se a regulamentação dos direitos das crianças e dos adolescentes.

O Código de Menores foi sancionado em 1927 sob o Decreto nº 17943-A, de 12 de outubro de 1927 e foi chamado de Código Mello Mattos, homenageando o autor de tal projeto. Como afirma Gomes (2014), tal código instituía que o Estado assumisse a responsabilidade e tutela sobre a criança órfã ou abandonada, proibindo o sistema de rodas e determinando que as crianças fossem entregadas diretamente aos funcionários das instituições acolhedoras, além de tornar obrigatório o registro das crianças. Assim, a criança nestas condições era institucionalizada e no momento oportuno recebia orientação e oportunidades de trabalho.

O Poder Judiciário criou e regulamentou o Juizado de Menores e demais instituições que o auxiliariam. Os menores abandonados e/ou infratores eram “recolhidos” da rua e levados para abrigos. Muitas vezes não havia uma procura pela família destes menores ou ela era ineficiente, assim, não se procurava saber se a criança realmente estava abandonada ou apenas perdida da família. O Código de Menores possuía um caráter discriminatório que ligava a condição de pobreza da criança à delinquência. É importante destacar que o Código tinha uma postura correcional e repressiva. Para Calil (2003) o Código de Menores caracterizava o “menor” como algo negativo e criava uma categoria de crianças menos humanas que outras, além de descrever algumas crianças como ameaças à sociedade que precisavam ser retiradas da rua, sem levar em consideração suas subjetividades e sem ponderar que na realidade essas crianças é quem eram as maiores vítimas.

Em 1942 observamos a criação do SAM – Serviço de Atendimento ao Menor – um órgão do Ministério da Justiça que era estruturado sob a forma de reformatórios e casas de correção para adolescentes infratores. A partir do golpe militar em 1964 e até a década de 1980 iniciou-se uma nova fase acerca da atenção do Estado à criança e ao adolescente. O SAM foi extinto e posteriormente foram instituídas a FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor e as FEBEMs - Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor. Tais instituições foram marcadas pela militarização na disciplina dentro dos internatos. O menor, agora, seria pego nas ruas pela polícia e diretamente encaminhado à estas instituições.

Acerca da década de 1980, Silva (2005) faz uma comparação política entre o Brasil e os países de Primeiro Mundo, afirmando que estes países consideraram essa década como a “década perdida” enquanto no Brasil a conjuntura de grandes conquistas das lutas sociais propiciou o reconhecimento dessa década como a “década ganha”. Nesse período o Brasil passava por um momento de efervescência com o processo de transição político-democrática e para destacar essa característica a autora cita o novo sindicalismo, o movimento “Diretas-já”, movimento pela anistia e lutas por direitos trabalhistas, sociais, políticos e civis. A sociedade lutava cada vez mais por democracia, cidadania e regulamentação do Estado de direito. A autora afirma que a mobilização nacional na defesa dos direitos infanto-juvenis, surgiu como reflexo do contexto de lutas sociais da década de 1980 e obteve repercussão internacional. Nesse período, como elemento de destaque do contexto de movimentos sociais e lutas pelos direitos e defesa das crianças e adolescentes é possível destacar o Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua, fundado em 1985 como uma organização não governamental, composta por voluntários que tinha como objetivo fomentar a participação deste segmento social nas lutas pelas conquistas e defesas de seus direitos. A principal característica de tal movimento é o incentivo e capacitação das crianças e adolescentes.

Em 1979 foi criado um novo Código de Menores que tinha uma doutrina de proteção integral trazendo consigo um mecanismo com o qual o Estado intervia sobre a família destituindo o pátrio poder (hoje, poder familiar) sobre as crianças. Como resultado dessa destituição, as crianças ficavam institucionalizadas, em muitos casos, até a maioridade aos 18 anos. A partir de 1986 organizações não-governamentais voltadas para a defesa dos direitos da criança e do adolescente passaram a cobrar a introdução deste tema no documento das Nações Unidas na Constituição Federativa do Brasil.

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal que trouxe em seu artigo 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. (BRASIL, 1988).

Foi a partir deste artigo que em 1990 houve a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA – um dos maiores marcos da proteção à criança e ao adolescente no Brasil. O artigo 4º do estatuto diz que:

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

Calil (2014) analisa a aprovação do ECA como o fator que além de abolir o termo “menor” e seu menosprezo, definiu as crianças e os adolescentes como sujeitos de direitos, portadores de necessidades específicas que devem ser satisfeitas por meio de uma política de atenção integral aos seus direitos.

Vale salientar que apesar dos notáveis avanços referentes à defesa dos direitos da criança e do adolescente é cada vez mais crescente o desrespeito a esses direitos seja por parte do Estado, através de suas instituições, seja pela sociedade civil, ou mesmo pelas próprias famílias, sendo aí, esse desrespeito aos direitos, caracterizado como negligência infanto-juvenil ou mesmo, maus-tratos. No próximo tópico discutiremos mais especificamente esse fato.

## 2.2 MAUS-TRATOS E NEGLIGÊNCIA INFANTO-JUVENIL

Como afirmam Bidarra e Lessard (2014) a violência contra crianças e adolescentes no âmbito familiar é uma expressão da questão social antiga. Há muitas décadas esse tipo de violência vem acontecendo no interior e na privacidade dos lares brasileiros. Por muitos anos, a violência intrafamiliar não era considerada um problema social. Somente a partir do século XX, mais especificamente em suas últimas décadas, esse tipo de violência obteve

reconhecimento como problema público que necessitava de intervenção. A partir do momento em que a violência doméstica, tanto a violência contra mulher como a violência infanto-juvenil, tornou-se pauta dos movimentos sociais e organizações da sociedade civil foi que se observou a integração do tema no rol de intervenções do Estado por meio de suas instituições.

Atualmente, segundo Souza, Lima e Oliveira (2014), o Ministério da Saúde brasileiro considera a violência infanto-juvenil intrafamiliar como um problema de saúde pública, juntamente com a Política Nacional de Redução da Morbidade por Acidentes e Violências que determina que todos os casos de violência contra crianças e adolescentes cometidos pelos pais ou responsáveis devem ser tratados e notificados.

Segundo a ABRAPIA – Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência – no Brasil não há pesquisa e/ou coleta de dados sobre casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, no entanto, sabe-se que esses casos são muito frequentes. A associação destaca a importância de identificar e notificar os casos de maus-tratos já que, frequentemente a criança que chega a um serviço de saúde com graves lesões já sofreu maus-tratos de menor gravidade sem que a comunidade, escola ou serviços de saúde dessem a devida importância.

Vários são os conceitos de maus-tratos a crianças e adolescentes. A ABRAPIA conceitua maus-tratos psicológicos como, entre outros, rejeição, desrespeito, discriminação e utilização da criança como “objeto para atender necessidades psicológicas e não-psicológicas dos adultos”. Esse tipo de maus-tratos é extremamente frequente e um dos mais difíceis de caracterizar, haja vista a falta de evidências imediatas. Cobranças e punições exageradas também podem ser consideradas formas de maus-tratos psicológicos. O abuso sexual ocorre quando um adulto ou adolescente mais velho usa uma criança manipulando a genitália, mama ou ânus, utiliza a exploração sexual, pornografia, exibicionismo e atos sexuais com ou sem penetração e/ou violência. A Síndrome de Munchausen também é considerada uma expressão de maus-tratos infanto-juvenil e configura a situação em que os pais ou responsáveis simulam uma sintomatologia logrando que sejam realizadas inúmeras investigações médicas em seus filhos. Por fim, a ABRAPIA conceitua a negligência como o ato de omissão do responsável em prover as necessidades básicas de desenvolvimento da criança ou adolescente.

Há alguns indicadores que podem evidenciar ou sugerir que a criança ou adolescente esteja sendo vítima de maus-tratos, entre eles: lesões físicas, quais sejam: hematomas; queimaduras; cortes; fraturas; etc; DSTs; aparência de descuido e sujeira; desnutrição; doenças não tratadas; distúrbios do sono (sonolência, pesadelos); perda ou excesso de apetite; problemas de aprendizagem; urinar na cama; agressividade ou apatia; isolamento social; faltar

com frequência à escola; rebeldia, entre outros. A Associação pontua ainda que é frequente a criança ou adolescente possuir marcas de queimaduras feitas com cigarro, que habitualmente são confundidas com infecções de pele.

Quando é constatado que há motivos para supor um caso de maus-tratos infanto-juvenis há algumas autoridades que devem ser comunicadas, tais quais: Conselho Tutelar; juiz da infância e da juventude; autoridades policiais; promotor de justiça da infância e da juventude; centros de defesa da criança e do adolescente e os Programas S.O.S Criança.

Existem alguns fatores, segundo a ABRAPIA, frequentemente observados no perfil do agressor que podem ser investigados caso haja suspeita de maus-tratos. São estes, entre outros: imaturidade emocional; uso de drogas e/ou álcool; isolamento da sociedade; fanatismo religioso; problemas psicológicos e/ou psiquiátricos; envolvimento em crimes; temperamento violento; graves dificuldades socioeconômicas; famílias cujas necessidades básicas não são atendidas pelo Estado.

Nesse contexto, algumas crianças ou adolescentes, por determinadas características, estão mais propensas às situações de maus-tratos. São essas, entre outras: crianças nascidas de gravidez indesejada e/ou precoce; crianças com maior impossibilidade de autodefesa: recém-nascidos, lactentes ou com deficiências físicas ou mentais; doentes crônicos ou deficientes, consideradas um problema para os pais; crianças que por algum motivo permaneceram longe das mães nos primeiros dias de vida; crianças adotadas para atender às necessidades de seus pais; crianças vivendo em ambientes miseráveis; crianças vivendo em famílias desassistidas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita a prevenção aos maus-tratos infanto-juvenis em três etapas. A primeira etapa é a prevenção primária que tem o objetivo de eliminar ou reduzir os fatores sociais, culturais e ambientais favorecedores dos maus-tratos e atua nas causas da violência doméstica. A prevenção secundária tem o objetivo de detectar precocemente crianças em situação de risco para impedir os atos de violência e/ou sua repetição e atua em casos já existentes de maus-tratos. Por fim, a prevenção terciária objetiva o acompanhamento integral da vítima e do agressor.

Para que esses níveis de prevenção sejam efetivados, e não só a prevenção como também a identificação, o tratamento e a punição dos agressores, tornam-se necessários a existência e o bom funcionamento de diversos instrumentos tais quais: o Estatuto da criança e do adolescente que já foi retratado no tópico anterior; sistemas e programas governamentais e instituições voltadas para essa parcela da população, que serão retratados no próximo tópico a partir da identificação das instituições representativas do papel do Estado nessa problemática de negligência e maus-tratos infanto-juvenis.

### 2.3 INSTRUMENTOS DE NORMATIZAÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS INFANTO-JUVENIS NO BRASIL

É de suma importância para bom entendimento e a identificação dos instrumentos e/ou instituições de atenção e/ou proteção à criança e ao adolescente, bem como a efetivação e defesa de seus direitos, elencar os principais recursos aos quais os diversos personagens inseridos no contexto de combate à negligência e/ou maus-tratos infanto-juvenis podem ter acesso.

O Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo 5º afirma que: “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, 1990). Assim, fica proibido qualquer tipo de negligência ou maus-tratos contra a criança e o adolescente no Brasil, podendo agora, o agressor ser punido. Esse foi um grande salto na história dos direitos das crianças e adolescentes já que esses sempre foram vítimas das mais diversas formas de violência e/ou crueldade por parte de seus pais e responsáveis, sem que houvesse culpabilidade dos agressores.

Militão e Santos (2014) conceituam o Sistema de Garantias de Direitos da criança e do adolescente a partir do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), numa articulação e integração da sociedade civil juntamente com as instâncias públicas governamentais a fim de que se torne possível a aplicação de instrumentos normativos, bem como se permita o funcionamento dos mecanismos propiciadores da promoção, defesa e controle que efetivam os direitos da criança e do adolescente em todos os níveis de organização da sociedade brasileira, sejam eles Federal, Estadual, Distrital e/ou Municipal.

O CONANDA é o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e foi criado em 12 de outubro de 1991, tem poder deliberativo e controlador das ações para crianças e adolescentes em todos os níveis. É responsável pelo monitoramento das expressões da questão social da infância e da adolescência e pela regulamentação de medidas, e entre outras medidas, o CONANDA foi responsável pela implementação dos Conselhos Tutelares.

O CRAS – Centro de Referência de Assistência Social – é considerada a “porta de entrada” do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) e oferece serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social. É o CRAS, a instituição que oferta o PAIF fortalecendo os vínculos familiares.

PAIF é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família que tem como principal objetivo o fortalecimento da função protetiva das famílias através da prevenção da ruptura dos laços familiares na medida em que promove o acesso e uso dos direitos dos indivíduos. O PAIF também se propõe a promover o acesso a benefícios, programas de transferência de renda e serviços socioassistenciais além de dar apoio a famílias com indivíduos que necessitem de atenção especial.

O CREAS é o Centro de Referência Especializada em Assistência Social e oferta serviços da proteção especial, especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, dentre eles a violência física, sexual, psicológica, entre outros. O CREAS também tem o papel de coordenar e fortalecer a articulação dos serviços com a rede de assistência social e demais políticas públicas. As demandas que chegam aos CREAS normalmente necessitam de acompanhamento familiar e/ou individual.

O Conselho Tutelar, segundo Santos (2014), é um órgão municipal que compõe o Sistema de Garantias de Direitos da criança e do adolescente, destacando-se como um importante instrumento, enquanto instituição, de efetivação de direitos na medida em que se caracteriza como “porta de entrada” dos casos de violação de direitos infanto-juvenis. Além disso, é de responsabilidade dos Conselhos Tutelares a aplicação de medidas protetivas e o encaminhamento das vítimas de negligência e/ou maus-tratos às demais instituições competentes inseridas na rede de proteção à criança e adolescente. Sua composição é definida pela sociedade através de pleitos eleitorais, a partir dos quais cinco membros são designados para um mandato de quatro anos em que devem cumprir com as obrigações atribuídas a este órgão.

O artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (lei nº 8069 de 13.07.1990) determina que: “Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”. O artigo 245 prevê as penalidades ao médico, professor ou responsável pelo estabelecimento de saúde e de ensino infantil que deixar de comunicar os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos infanto-juvenis, determinando em tais situações multa de 3 a 20 salários de referência.

Essas últimas instituições mencionadas – CRAS, CREAS e CONSELHO TUTELAR – são nossos *locus* de pesquisa cujos resultados aparecerão no próximo capítulo.

### **3 REFERÊNCIA, CONTRARREFERÊNCIA E REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E ADOLESCENTE EM NATAL/RN<sup>2</sup>**

Paula (2014) reconhece o assistente social como um profissional da área da saúde haja vista que a política de saúde é uma das principais áreas de atuação deste profissional. A prática profissional do assistente social na saúde está mediatizada por um conjunto de condições sócio-históricas sob as quais as políticas de saúde vêm sendo submetidas. Assim, a autora afirma que o serviço social enquanto profissão pode contribuir muito com o processo de democratização das ações e serviços de saúde, no intuito de fortalecer o projeto da reforma sanitária que será pontuado no próximo tópico.

Vasconcelos (2006) faz uma análise crítica sobre a atuação do assistente social na área política de saúde. Pois para a autora há uma recepção passiva das demandas explícitas dirigidas ao Serviço Social, na medida em que os profissionais se colocam de forma passiva, dependente, subalterna e submissa ao movimento das unidades de saúde, seja em relação às rotinas institucionais, às solicitações das direções das unidades, dos demais profissionais e dos serviços de saúde, aceitando como únicas, segundo a autora, as demandas explícitas dos usuários. O Serviço Social tem mantido por anos a mesma estrutura de organização, sem levar em consideração as mudanças ocorridas no âmbito de serviços de saúde e na qualidade de vida e processo saúde-doenças dos usuários.

Ainda segundo a autora, durante os plantões, geralmente, os assistentes sociais esperam de maneira passiva, a procura dos usuários que têm suas demandas atendidas de forma individual. Ou seja, não há uma consciência de que as demandas individuais, na realidade são demandas coletivas. Os profissionais de Serviço Social não realizam estudos sobre as demandas, seja dos usuários, seja institucionais. A prática profissional no plantão reduz-se a uma prática burocrática, não assistencial. Em longo prazo, esse tipo de respostas individuais contribui para que os usuários e os próprios profissionais sejam impedidos de utilizar esses espaços na sua mobilização, organização e acesso a informações necessárias para preservar, ampliar e realizar seus direitos.

Para aliar a prática nas unidades de saúde ao projeto ético-político da profissão, torna-se necessário que o profissional organize e realize a atenção aos direitos e o acesso ao Serviço Social a partir das demandas dos usuários e não a partir da oferta das instituições; também é

---

<sup>2</sup> Tais reflexões apresentadas neste capítulo foram resultado de inquietações vivenciadas durante o período de estágio curricular obrigatório em Serviço Social pela UFRN.



necessário que realize e publique estudos socioeconômicos dos usuários que acessam os recursos disponibilizados e dos usuários que não têm acesso, para que possam ser analisados, divulgados e conhecidos pelos mesmos para além das demandas espontâneas, pensar a profissão junto a grupos e segmentos dos usuários que têm interesses e necessidades individuais que expressam interesses e necessidades coletivas; valorizar a demanda espontânea; priorizar ações de promoção da saúde e prevenção independente do tipo de unidade de saúde.

É nessa perspectiva que o presente trabalho visa problematizar a articulação do Serviço Social de uma unidade de saúde, a saber, o Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes, com a rede de atendimento aos direitos da criança e do adolescente em Natal – RN. Para isso, tomamos por base a reflexão de que tal profissional necessita dialogar com os usuários e com profissionais da mesma instituição onde está inserido, bem como com profissionais das outras instituições que compõem a rede de atendimento. Realizar um trabalho neste sentido significa também democratizar as práticas em saúde.

Para tanto, este capítulo apresenta um item sobre referência e contrarreferência e suas implicações; um item sobre a rede de atendimento à criança e ao adolescente em Natal e por fim um último item que tratará da pesquisa realizada acerca da temática referente à referência e à contrarreferência em algumas instituições locais.

### 3.1 REFERÊNCIA, CONTRARREFERÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES

Fazendo um breve recorte sobre a evolução da política de saúde no Brasil, Mota (2009) avalia que nos primeiros anos após a colonização do país, e durante muito tempo, não haviam políticas de saúde e somente tinha acesso à esta quem possuía recursos para pagar por tratamentos médicos. Os mais pobres quando adoeciam só podiam recorrer ao conhecimento de curandeiros, e mais tarde, às casas de caridade que prestavam serviços de saúde, quando estas começaram a surgir no país.

Alguns fatos históricos foram determinantes para que fossem implantadas as primeiras políticas de saúde do Brasil. Com o advento da industrialização, a população rural foi perdendo espaço no campo e sem condições de viver com o mínimo de dignidade, uma grande parcela dessa população migrou para os centros urbanos a procura de emprego. Essa migração não foi regulada, tampouco teve assistência do governo e assim a nova população que chegara à área urbana não recebeu nenhuma estrutura para ali permanecer. Os locais que já eram povoados antes dessa migração cresceram consideravelmente e outros locais foram

ocupados de forma desordenada sem atender às demandas de iluminação, segurança, saneamento, moradia e outros.

Devido à falta de oferta de empregos e educação a essa população, a pobreza nesses locais era extrema, as condições de vida eram precárias. Desse modo, não se podia esperar outra situação senão o aparecimento de doenças e que estas se alastrassem rapidamente. Daí surgiram as grandes epidemias que assolaram o país, ou algumas regiões, no século XX. As primeiras medidas de saúde que surgiram eram meramente curativas e/ou higienistas, ilustradas na vacinação obrigatória contra essas epidemias. Àquela época a população não tinha conhecimento sobre a importância da vacinação e não houve nenhuma preocupação por parte do governo em transpassar para a população o acesso à esse conhecimento. A aplicação era feita de maneira violenta e autoritária. As pessoas eram vacinadas a força e de maneira dolorosa, por isso haviam revoltas contra essas campanhas de vacinação.

Ainda em acordo com o que afirma Bravo (2009), após esse período, o governo passa a incentivar as empresas a oferecer suporte médico a seus funcionários, no entanto esse suporte não se estendia às suas famílias. Nesse momento, o país vive uma conjuntura de tensões sociais e econômicas. São criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões, a partir da lei Eloy Chaves de 1923, que posteriormente foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Essa oferecia suporte médico aos trabalhadores, era nacional e reunia as contribuições de todas as categorias de trabalho. Os recursos das contribuições que deveriam ser usados para programas de saúde passaram a ser usados para o financiamento da industrialização do país. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, após várias reivindicações populares. Surgiu a medicina de grupo que atendia prioritariamente as classes mais favorecidas. Enquanto isso, as classes mais pobres continuavam a depender da caridade para ter acesso à saúde. A partir dessa análise é possível fazer uma relação da política de saúde nesse período com a que é vivenciada na atualidade, haja vista a crescente campanha a favor dos planos de saúde para a parcela da população que tem condições de adquiri-los em contrapartida à saúde pública que apesar de ter como um dos principais princípios a universalidade, acaba sendo destinada à população mais pobre.

Durante a ditadura militar só tinha acesso à saúde quem possuía registro de emprego na carteira de trabalho. As reivindicações por acesso à saúde só aumentavam. Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um marco na luta pela universalização desta política. A 8ª conferência foi um processo de discussão acerca de temas relacionados aos serviços de saúde existentes no Brasil e além de formular uma proposta de sistema de saúde público e universal que mais tarde viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS), culminou

numa reformulação do conceito de saúde que se tinha no país até então. Segundo afirmam Silva e Mendes (2014) o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, conceitua a saúde como o resultado das condições de alimentação habitação, educação, renda, lazer, trabalho, meio ambiente, transporte, emprego, liberdade, acesso e posse da terra, bem como o acesso aos serviços de saúde. A conferência teve como principal fruto a Reforma Sanitária que tem o SUS como estratégia, articulou o conceito ampliado de saúde com outros setores, foi revista a legislação que regulava sua promoção, prevenção e recuperação. As políticas voltadas à essa área foram separadas da Previdência resultando na criação de um órgão próprio para a saúde. A partir desse momento também foram criados os Conselhos de Saúde.

Finalmente, em 1988, a Constituição Federal instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS, que tem por características, ou princípios além da participação social e a descentralização do financiamento, a universalidade do acesso, pois deve atender à todos os brasileiros; a equidade pois não deve haver distinção entre os usuários, bem como a integralidade pois deve oferecer todo tipo de atendimento relacionado à saúde em todos os níveis de complexidade, quais sejam: unidades de atendimento básico; centros clínicos; hospitais gerais; hospitais especializados; entre outros.

Cecílio (2009) afirma que a integralidade deve ser trabalhada em várias dimensões para que possa ser alcançada da maneira mais completa possível e a conceitua de duas maneiras, sendo estas a integralidade ampliada e integralidade focalizada, definindo a integralidade ampliada como uma categoria do SUS que leva em consideração o conceito ampliado de saúde formulado a partir da proposta de Reforma Sanitária, requerendo, dessa maneira, a interação do setor saúde com outras instituições e outros setores das políticas públicas que possibilitem o acesso à saúde. A integralidade focalizada diz respeito à garantia de que todo usuário tenha atendidas suas necessidades individuais de saúde através da disponibilidade dos serviços necessários em todos os níveis de complexidade do SUS, já explicados acima. Ainda percebe-se como fator de extrema importância a continuidade dos tratamentos que deve ser ofertada no menor espaço de tempo e nos locais mais próximos e de melhor acesso ao usuário.

Dito isto, segundo afirmam Frantini, Saupe e Massaroli (2008) a referência e contrarreferência em saúde são estratégias para a integralidade de atenção à saúde. Assim, a referência ocorre quando o usuário é encaminhado para um atendimento que possua níveis de especialização mais complexos. Opostamente à referência, a contrarreferência ocorre quando o usuário possui uma necessidade de menor complexidade, ou quando a instituição para a

qual a vítima de negligência foi encaminhada necessita de alguma informação, serviço ou complementação de atendimento para o usuário ou sua família.

Segundo Dias (2012), o sistema de referência e contrarreferência entre as instituições deve seguir os caminhos da hierarquização dos serviços. Diante dessa explanação se torna possível o entendimento de que em conformidade com o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente, os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos e negligência devem ser encaminhados primeiramente aos Conselhos Tutelares. A partir desse momento é que os Conselhos determinam ou não o encaminhamento para instituições mais especializadas, a exemplo dos juizados ou varas de infância e adolescência.

Nesse sentido, Machado, Colomé e Beck (2011) apontam a não estruturação do sistema de referência e contrarreferência. Durante a construção da pesquisa pudemos perceber que este é um fato comum em várias instituições que compõem a rede de saúde pública. Essa estruturação de referência e contrarreferência está baseada na articulação entre profissionais e equipe, entre outras equipes, além do compartilhamento de informações referentes aos usuários, aqui identificados como vítimas de negligência intrafamiliar e suas famílias, estando incluídos aí os agressores. Segundo afirmam os autores, é observada uma demora na consolidação da referência e não efetivação da contrarreferência.

E nesse sentido, fazendo uma conexão com o Serviço Social no âmbito hospitalar podemos destacar como referência o fato de nos casos de negligência intrafamiliar os assistentes sociais encaminharem o caso da vítima às instituições especializadas em acompanhamento à família com vistas à reestruturação dos laços familiares e efetivação da observância dos direitos das crianças e adolescentes, podendo ser destacados os Conselhos Tutelares, CRAS e CREAS.

Silva e Mendes (2014) apresentam o que segundo elas seria um desafio posto aos assistentes sociais e demais profissionais inseridos nas instituições de saúde do SUS: a busca de ações que propiciem o rompimento com a atenção em saúde fragmentada além de proporcionar medidas interdisciplinares. As autoras afirmam que a interdisciplinaridade em saúde não é resultado apenas da inserção de profissionais de diversas áreas nas instituições. Frente à essa afirmação, as autoras fazem uma distinção entre multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, transdisciplinaridade e interdisciplinaridade. Distinção que consideram essencial para o bom entendimento desta última, bem como da importância de sua introdução na política de saúde brasileira. Fazendo um recorte sobre essa distinção, a multidisciplinaridade pode ser entendida como ações diferentes, feitas por diversos profissionais, isoladas, sem a troca de saberes e sem ligação entre si. A

pluridisciplinaridade consiste na presença de conexão entre as disciplinas coordenada por uma área ou direção institucional. A transdisciplinaridade é considerada pelas autoras como um estágio mais profundo da interação entre diversas áreas de conhecimento que leva ao estabelecimento de um campo autônomo de saber e de intervenção. Para Pereira (2014) a transdisciplinaridade compõe um sistema sem fronteiras de saberes, no entanto é uma proposta ambiciosa e de difícil realização. Por sua vez, a interdisciplinaridade se baseia no pressuposto de que cada área possa trabalhar conjuntamente exercendo seu potencial de contribuição, mas preservando a integridade de seus conceitos e métodos, para isso é necessária a socialização dos conhecimentos de cada profissão para que os principais elementos sejam ligados entre si.

Pereira (2014) aborda outra categoria ao afirmar que o âmbito das políticas sociais públicas no Brasil tem tido grande interesse acerca da intersetorialidade, haja vista a possibilidade aí existente, de relacionar os diversos setores sociais, o que causaria mudanças na gestão, além da ampliação da democracia e da cidadania social definindo-a como a superação da setorialidade das políticas sociais ou integração desses setores. Para tanto, a autora cita a divisão das políticas em setores a exemplo da saúde, educação, assistência, quando na realidade estão intimamente ligadas, à medida que cada um desses setores contém elementos dos demais. A autora compara a intersetorialidade com a interdisciplinaridade, que segundo a mesma por ser mais antiga e por ter maior produção bibliográfica, lhe serve de referência.

Levando tais conceitos em consideração, torna-se possível a observância de que o elemento central da inserção do serviço social enquanto profissão na interdisciplinaridade da política de saúde é a relação entre as possibilidades de produção de saúde e as condições de adoecimento dos trabalhadores, na medida em que o trabalho dos assistentes sociais deve estar voltado para os usuários dos serviços de saúde e suas condições de vida.

Ramos (2014) faz uma análise sobre os encaminhamentos enquanto instrumento de trabalho do serviço social, na presente produção chamado de referência. Segundo a autora, historicamente a referência (encaminhamento) feita por assistentes sociais em suas mais variadas áreas de atuação, assume cada vez mais um caráter burocrático. Ela analisa as referências como uma solução ou uma saída para a ausência do atendimento completo e efetivo na medida em que o atendimento procurado pelo usuário não pôde ser acessado obrigando o profissional a referenciar esse usuário e sua demanda para outra instituição. Nesse momento, a autora caracteriza essa referência como uma ação configurada no uso de documentos institucionais, que serão enviados para as demais instituições para as quais está

sendo referenciada a demanda, ou muitas vezes a referência pode ser feita informalmente de maneira verbal, fazendo com que o usuário corra o risco de percorrer várias instituições sem conseguir a efetivação no atendimento de sua demanda. A esse fato a autora atribui a constante precarização dos serviços públicos. Ela ainda coloca como possíveis fatores para a existência da referência enquanto rotina profissional do serviço social, a impossibilidade de atendimento devido a possível incompatibilidade entre a demanda do usuário e a natureza da instituição ou ainda a impossibilidade de algumas instituições em absorver toda a demanda presente devido ao processo de sucateamento do serviço público.

Esse processo de sucateamento do serviço público se dá como resultado de uma política de cunho neoliberal que visa a privatização e a ausência do Estado de proteção social. Behring e Boschetti (2010) datam o avanço desses ideais neoliberais no período pós-1970 e afirma que tais ideais defendem a não intervenção do Estado na regulação do comércio exterior nem na regulação dos mercados financeiros, além de ter como principal meta a estabilidade monetária, que só pode ser assegurada a partir da contenção de gastos sociais e manutenção de uma taxa de desemprego. Segundo as autoras, a redução dos gastos públicos resultou na redução de gastos com os sistemas de proteção social. A tendência geral do neoliberalismo é a restrição e redução dos direitos, justificadas pela crise fiscal do Estado. Assim, os direitos, que devem ser assegurados pelo poder público, passam a ser cada vez mais seletivos e orientados pela lógica da privatização, o que garante redução de gastos sociais e aumento da lucratividade do capital. Como consequências, na saúde pública é perceptível a falta de recursos evidenciada nas longas filas de espera, demora na prestação de atendimentos, falta de medicamentos, redução de leitos, entre outros, podendo também ser citado o fato de as instituições não poderem dar uma resolutividade completa às demandas dos usuários, tendo assim, que encaminhá-los para outras instituições.

Ramos (2014) faz uma crítica ao processo de referência e contrarreferência analisando-o como um processo de negação de atendimento à população. A referência acontece sem a real garantia de que os usuários terão suas demandas atendidas na instituição referenciada. E afirma que a cada referência, o serviço social, enquanto profissão, se distancia do debate acerca do direito de acesso aos serviços sociais. Como entraves ao efetivo atendimento das demandas a autora aponta a ausência de atualização permanente da rede de atendimento além da dificuldade de acesso aos recursos necessários. Ela enfatiza a importância do conhecimento, por parte do profissional, da realidade local através de pesquisa e mapeamento dos recursos aos serviços sociais da região. O profissional deve localizar esses

serviços, como funcionam e quais as possibilidades de um efetivo atendimento às demandas para que possa haver uma referência que atenda às necessidades do usuário.

Dito isto, no próximo tópico serão pontuadas e abordadas as instituições de atendimento à criança e ao adolescente em Natal/RN, mais importantes para que haja um bom entendimento da dinâmica de referência e contrarreferência a partir do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes.

### 3.2 MAPA DA REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E ADOLESCENTE EM NATAL/RN

Teixeira (2010) afirma que a população brasileira tem assegurada, a partir da Constituição Federal, ampla participação e oportunidade de controle no desenvolvimento de políticas públicas e cita o Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, já abordado no capítulo anterior, como elemento propiciador da oportunidade de participação e controle das políticas sociais destinadas às crianças e aos adolescentes. Ela afirma que a partir do surgimento desses conselhos, o país inicia uma experiência de trabalho em rede e o defende, na medida em que apresenta essa nova perspectiva como uma possibilidade de trabalhar sistematicamente, de maneira integrada e em parceria para realização de uma intervenção social que seja eficaz na promoção e restituição dos direitos violados das crianças e dos adolescentes.

Teixeira (2010) pontua o ECA como o instrumento que além de estabelecer os direitos das crianças e dos adolescentes, define a maneira como estes direitos serão garantidos e protegidos. É nesse sentido que se torna de extrema importância a articulação e integração entre família, Estado, comunidade e sociedade, o que segundo a autora caracteriza a formação de uma rede que objetiva a efetivação dos direitos.

Conceituada a rede atendimento ou sistema de garantias, a autora apresenta quais seriam os resultados mais esperados do trabalho em rede, quais sejam, entre outros: a promoção da família e reestruturação e/ou fortalecimento dos laços familiares, defesa em prol da descentralização e regionalização do atendimento às famílias, proteção imediata à criança e ao adolescente em situação de ameaça ou violação de direitos e estímulo à mobilização e articulação popular.

Dito isto, para que se torne possível o trabalho em rede é necessário o bom funcionamento de diversas instituições que estejam voltadas para a defesa dos interesses das crianças e dos adolescentes no Brasil. Sendo assim, a autora pontua o Sistema de Garantias de

Direito, já citado nesse estudo, e o situa nos campos do controle social, da promoção de direitos e da defesa destes para crianças e adolescentes. Teixeira (2010) apresenta a composição do SGD citando os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública, os Centros de Defesa (CEDECAS), a Segurança Pública e os Conselhos Tutelares.

Os Conselhos de direito, segundo a autora, são instrumentos estabelecidos pelo ECA que fomentam a discussão, formulação e deliberação da política social voltada para os direitos da criança e do adolescente. Para que seu funcionamento siga às determinações do ECA, torna-se necessário um acordo de corresponsabilidade por parte do poder público e da sociedade civil.

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA) é um órgão deliberativo e controlador das ações voltadas para os direitos deste segmento da sociedade. Como atribuições do COMDICA, a autora cita, entre outros, o acompanhamento e avaliação de programas socioeducativos e de proteção infanto-juvenil; promoção de ações articuladas com os conselhos de outras áreas, como os de saúde e educação, a fim de elaborar planos integrados; promover a articulação entre órgãos públicos e iniciativas particulares; administrar os Fundos de Direitos da Criança e do Adolescente que são recursos destinados à viabilização de políticas, programas e ações voltada para este público, bem como o financiamento de atividades e capacitação dos conselheiros tutelares do município.

Durante a construção deste trabalho foi realizada pesquisa de campo no COMDICA em Natal, oportunidade em que a partir de uma breve conversa com um dos conselheiros, foi possível perceber que as atribuições destes conselhos citadas por Teixeira (2010) não constituem as principais atividades da instituição. Haja vista que durante toda a conversa, foram citadas pelo conselheiro como principais atividades institucionais a atualização anual da documentação de entidades cadastradas nesse conselho voltadas para o atendimento à criança e ao adolescente; o encaminhamento de denúncias de violação de direitos infanto-juvenis às instituições mais pertinentes; a fiscalização das instituições cadastradas, algumas vezes à pedido do Ministério Público, a fim de autorizar ou não a participação destas instituições em projetos destinados à criança e ao adolescente<sup>3</sup>. Foi possível ter acesso à lista de instituições cadastradas junto ao COMDICA em Natal, a seguir:

---

<sup>3</sup> É importante salientar que a conversa com o conselheiro foi realizada de maneira informal e não foi aprofundada acerca de tal temática, pois o objetivo da pesquisa era apenas a coleta de dados acerca das instituições catalogadas pelo COMDICA.



## LISTA DE INSTITUIÇÕES CADASTRADAS NO COMDICA

ADEFERN – ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES FÍSICOS DO RN	ESCOLA CULTURAL DE CAPOEIRA CORDÃO DE OURO
AESP – ESPRO ASSOCIAÇÃO SOCIAL PROFISSIONALIZANTE	ESCOLA SÃO JOSÉ
ADIC – ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE INICIATIVA DE CIDADANIA DO RN	FUNCERN – FUNDAÇÃO DE APOIO À EDUCAÇÃO E AO DESENVOLVIMENTO
ADRA – AGÊNCIA ADVENTISTA DE DESENVOLVIMENTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA SOCIAL	FUNDAÇÃO FÉ E ALEGRIA
APAE	GACC – GRUPO DE APOIO À CRIANÇA COM CÂNCER
ASBAV – ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE AMOR VERDADEIRO	GAMI
AANN – ASSOCIAÇÃO AMIGOS DE NOVA NATAL	GEMAN – GRUPO DE ESCOTEIROS DO MAR ATIFICES NÁUTICO
AMBULATÓRIO PADRE JOÃO MARIA	INSTITUTO BEM VIVER
ASSOCIAÇÃO NOSSA SENHORA DAS DORES	INSTITUTO BOM PASTOR
ASSOCIAÇÃO VIVEI	LAR FABIANO DE CRISTO – CAPEMISA
ATITUDE COOPERAÇÃO	LBV – LEGIÃO DA BOA VONTADE
AMICO – ASSOCIAÇÃO AMIGOS DO CORAÇÃO	NCI / NDS
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA FEMINISTA DE BODY BORDING (Projeto Motivar)	PASTORAL DA CRIANÇA

ADOTE	PATRONATO DA MEDALHA MILAGROSA
CARITAS ARQUIDIOCESE DE NATAL (PASTORAL DO MENOR)	PROJETO CRESCENDO COM DEUS
CASA DO BEM	SESI – PROJETO VIRA VIDA
CASA DO MENOR TRABALHADOR	SUVAG – CENTRO SUVAG DO RN
CASA RENASCER	UMBEC – ESCOLA MARISTA CHAMPAGNAT DE NATAL
CENTRO EDUCACIONAL DOM BOSCO – CEDB	UMBECCMJ – CENTRO MARISTA DE JUVENTUDE
CENTRO ESP. IRMÃOS DO CAMINHO	JUNIOR ACHIEVEMENT
CENTRO SÓCIO PASTORAL N. S. DA CONCEIÇÃO	TERRA MAR – CONEXÃO FELIPE CAMARÃO
CASA DURVAL PAIVA	

A partir da tabela é possível perceber que foram citadas apenas instituições filantrópicas, excetuando-se, assim, as instituições públicas, a exemplo de CRAS, CREAS e os próprios conselhos tutelares, apontados por Teixeira como uma das instituições inseridas no cotidiano dos COMDICAS. Esse fato pode fortalecer a impressão de distanciamento do referido conselho com as instituições públicas de atendimento à criança e ao adolescente em Natal, considerando-se a obrigatoriedade desse tipo de registro.

Dentre estas instituições é importante citar as varas da infância e da Juventude, segundo Teixeira (2010), representante do poder judiciário, que julga os processos de crianças e adolescentes em situação e risco, ameaça ou violação de direitos; julga os casos de adolescentes em confronto com a lei; além de ser responsável pela colocação de crianças e adolescentes em famílias substitutas.

O Ministério Público, que segundo a autora, tem como principais funções fiscalizar o cumprimento das leis destinadas às crianças e aos adolescentes, acionando a justiça quando houver violação de direitos infanto-juvenis e titular ações públicas que tratem da prevalência

do interesse da sociedade sobre os interesses individuais, sendo assim, responsável pelo início de apuração acerca de atos infracionais praticados por adolescentes.

Teixeira (2010) ainda aponta a Defensoria Pública, órgão responsável por garantir o acesso à justiça às pessoas mais carentes, a fim de orientar e defender seus direitos.

Ainda é possível destacar em Natal, a Delegacia Especial de Defesa da Criança e do Adolescente (DCA) que, segundo guia do Centro de Defesa da Criança e do Adolescente do Ceará (Cedeca-CE, 2007), se configura como a delegacia para onde devem ser encaminhadas todas as denúncias acerca de crimes cometidos contra crianças ou adolescentes, por esta instituição ser responsável por investigá-los.

Há também as Casas de Passagem, para onde são encaminhadas crianças e adolescentes vítimas de negligência e/ou maus-tratos, mendicância, pais falecidos, pais usuários de drogas, pais encarcerados, abandono do lar, entre outros. Em Natal as Casas de Passagem são em número de 03.

Além destas instituições, e entre outras, ainda há os CRAS e CREAS que, como já explicitado no início do trabalho monográfico, seriam *locus* de pesquisa, o que não pôde ser efetivado devido à burocratização e demora de atendimento às solicitações realizadas junto à Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social (SEMTAS). Assim sendo, a entrevista apresentada e analisada no próximo tópico foi realizada no Conselho Tutelar da zona norte de Natal, para onde é referenciada grande parte dos atendimentos de negligência e maus-tratos infanto-juvenis atendidos pelo Serviço Social do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes.

### 3.3 DINÂMICA DA CONTRARREFERÊNCIA NOS CASOS DE NEGLIGÊNCIA INFANTO-JUVENIL A PARTIR DO HOSPITAL PEDIÁTRICO MARIA ALICE FERNANDES EM NATAL/RN

O Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes foi idealizado e começou a ser construído na gestão do governador Geraldo Melo, no entanto só foi concluído durante a gestão do governador Garibaldi Alves Filho e inaugurado no dia 12.10.1999. No momento do início de seu funcionamento o hospital foi administrado por uma empresa terceirizada – PróSaúde – que recebia do governo do Estado o equivalente a 50 mil reais mensais. A administração do hospital permaneceu aos cuidados desta empresa até agosto de 2003, quando o governo do Estado assumiu sua gestão. O hospital carrega o nome de Maria Alice Fernandes em homenagem à potiguar que muito fez pela saúde do Rio Grande do Norte. Maria Alice era formada como obstetrix pela Faculdade de Medicina de Recife e fez cursos de

pós-graduação na Alemanha, Japão e Suíça. Apesar de todas essas viagens, Maria Alice decidiu voltar para o RN e se dedicar aos doentes pobres de seu estado.

O Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes é um hospital da rede pública de saúde financiado pelo Governo do Estado do Rio Grande do Norte, está localizado na zona norte de sua capital - Natal, na Avenida Pedro Álvares Cabral, bairro Nossa Senhora da Apresentação e é referência em atendimento a crianças e adolescentes até 14 anos 11 meses e 29 dias. Hoje o HPMAF é um hospital de porta referenciada em pediatria e cirurgia pediátrica. Assim, os pacientes que chegam ao hospital são referenciados de outras unidades de saúde, cujo encaminhamento é feito através do contato dos profissionais médicos, no qual é fornecido uma senha que viabiliza o atendimento ao paciente. Até o início do ano de 2011 o hospital prestava atendimento a toda a população do Estado sem a necessidade da referência. Visando o reordenamento dos serviços de saúde, no tocante ao atendimento em pediatria, a Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP) em comum acordo com os órgãos de proteção a criança e o adolescente, o conselho de medicina e demais instituições competentes promoveu o reordenamento do atendimento oferecido por este hospital. Segundo a SESAP, a decisão de trabalhar apenas com encaminhamentos de outras unidades de saúde foi tomada para garantir a assistência de alta complexidade já que a alta demanda de atendimento básico dificultava e/ou impossibilitava uma otimização no atendimento de alta complexidade.

Hoje, os serviços oferecidos aos usuários são: Cirurgia pediátrica; ambulatório de cirurgia; ambulatório de cardiologia; ambulatório de otorrinolaringologia; UTI pediátrica e Neonatal e Unidade para dependentes de ventilação mecânica.

O Serviço Social do HPMAF hoje conta com o efetivo de 08 profissionais, sendo 07 distribuídas entre atendimento ao usuário (que trabalham em regime de plantão) e 01 no Núcleo de Gestão de Pessoas.

Os usuários do Serviço Social do HPMAF são as crianças e adolescentes internadas no hospital e seus acompanhantes (pais, irmãos, tios, avós, etc). Os casos atendidos vão desde negligência infanto-juvenil à violência doméstica sofrida pelas acompanhantes dos pacientes, passando por atendimentos focalistas e pontuais, que na realidade compõem a maior parte da demanda que chega ao Serviço Social. Entre essas demandas, a solicitação de transporte, solicitação de telefonemas, pedidos de fraldas e vestuário, entre outros. Essas demandas são tidas/chamadas de espontâneas, pois dependem muito do turno, do dia e plantões, como as próprias assistentes sociais dizem. Normalmente os usuários sempre buscam o setor de Serviço Social, independente da demanda ou necessidade, visto que a cultura hospitalar afirma, erroneamente, que esse é o setor no qual os acompanhantes podem tirar dúvidas e

resolver qualquer problema. Tem dias que há um grande acúmulo de demandas a serem executadas, já em outros o dia é tranquilo, vale salientar que essa “tranquilidade” ocorre pela resolução rápida das demandas, que em sua maioria são pontuais, como já mencionado acima.

O Serviço Social do HPMAF faz o acolhimento e escuta das mães que lá chegam com suas crianças. Após passarem pelo Pronto Socorro, elas podem ter dois destinos: ou são liberadas ou ficam internadas. Geralmente o Serviço Social atende as demanda das crianças internadas, no entanto, existem alguns casos que levam as assistentes sociais a irem ao Pronto Socorro. São casos de maus tratos, quando algum familiar se ausenta ou quando o próprioacompanhante vai até o setor e pede alguma orientação.

O HPMAF recebe acompanhantes transferidos de outros hospitais pediátricos ou acompanhantes que chegam com os usuários no pronto-socorro e requerem um tratamento hospitalar, sendo encaminhados para internamento. No período em que ocorreu o estágio obrigatório, todos os dias uma assistente social passava em dois turnos para fazer visitas às enfermarias, quando ocorria a orientação aos pacientes e acompanhantes acerca da rotina do hospital bem como de demandas específicas a cada usuário. Durante este procedimento, era produzido e atualizado o Mapa de Leitos, que consiste no esboço da situação ocupacional dos mesmos. Tal instrumento era entregue no consultório médico, no posto de enfermagem do Pronto Socorro e na recepção de informações.

Após fazer ou atualizar o mapa era feita uma escuta dos usuários dentro das enfermarias, chamada de entrevista social. Essa entrevista consiste em perguntas sobre o paciente e o acompanhante, buscando obter informações a respeito da vida do usuário. No roteiro de entrevista constavam perguntas sobre os programas sociais, situação educacional da criança e do acompanhante, registro de nascimento e registro de evolução e encaminhamento social. No entanto não se reconhecia a real necessidade desse instrumental, haja vista que o mesmo era anexado ao prontuário do paciente e posteriormente arquivado, sem que em algum momento houvesse a necessidade de consulta ao mesmo.

Enfim, o acolhimento e a escuta é de suma importância para o aprimoramento do trabalho no setor e para que possa ser atingido o máximo de êxito possível na assistência prestada aos usuários.

Além das demandas expostas, o Serviço Social do HPMAF também é responsável pela marcação, confirmação e orientação dos exames, elaboração de relatórios, pareceres, bem como pelo funcionamento dos projetos da Brinquedoteca e pesquisa de satisfação do usuário, que serve como uma avaliação a respeito dos serviços prestados.

No HPMAF é possível perceber como consequências da ausência de contrarreferência primeiramente a total quebra de vínculo do hospital com a vítima, sua família e demais instituições para as quais os usuários são encaminhados, ficando o Serviço Social daquele hospital sem nenhuma informação sobre os casos após a alta hospitalar. Posteriormente em alguns casos é verificado que há um desencontro de informações entre as demais instituições responsáveis por cada caso, verificando-se que muitas vezes o hospital recebe informações da vítima de uma instituição e repassa essa informação para outras instituições, quando há o contato entre estes.

Durante a pesquisa, foi feita entrevista no Conselho tutelar da zona norte de Natal/RN e a partir dos dados obtidos nessa entrevista foi possível analisar como os conselheiros tutelares percebem a negligência infanto-juvenil bem como a dinâmica de referência e contrarreferência com as demais instituições que compõem a rede de atendimento à criança e ao adolescente em Natal/RN.

A partir dos dados obtidos com a entrevista, não é possível notar por parte dos conselheiros tutelares, que haja um real entendimento acerca da temática negligência infanto-juvenil. Essa possível ausência de entendimento pode ser expressa na inconsistência e ausência de segurança nas falas dos conselheiros, que, objetivando o sigilo, terão seus nomes substituídos por nomes fictícios: *“A gente conhece tudo sobre negligência infanto-juvenil, tudo que você imaginar. [...] negligência, agressões, abandono de incapaz”*. (Aninha, Conselheira tutelar). É possível perceber através dessa fala, que os conselheiros puderam pontuar alguns tipos de negligência ou maus-tratos, mas não possuem conhecimento suficiente para aprofundar a temática, não conseguindo assim, analisar com maior conhecimento crítico as denúncias que recebem.

Acercadas instituições que fazem as denúncias ao conselho tutelar, o ECA prevê no artigo 245, já mencionado, que o médico, professor ou responsável por estabelecimento de saúde tem a obrigação de comunicar os casos de suspeita de negligência ou maus-tratos. Nesse sentido, durante a pesquisa foi possível perceber a efetivação das determinações do cap. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente, já abordado no capítulo anterior, que trata da obrigatoriedade de comunicação aos Conselhos Tutelares dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos e negligência infanto-juvenil. Os conselheiros afirmaram receber notificações das mais diversas instituições que podem estar inseridas na rede de atendimento à criança e ao adolescente, sejam escolas, hospitais, além dos CRAS e CREAS, dentre outros.

Adentrando ao tema referência, foi questionado quais medidas são tomadas a partir do recebimento de denúncias e quais encaminhamentos (referência) são feitos, se ocorrem.

Santos (2014) afirma que os Conselhos Tutelares são responsáveis pela aplicação de medidas protetivas, bem como o encaminhamento da vítima às demais instituições competentes. Foi possível observar que a instituição encontra-se em consonância com o que afirma Santos (2014), por meio da entrevista, na fala de um dos conselheiros, David:

É, o primeiro procedimento é notificar os responsáveis pela criança, aplicar algumas medidas contidas no 129 do Estatuto, que são as medidas pertinentes aos pais né? Quando esses pais, eles...é... eles praticam o que tá previsto lá no 98 que é omissão ou abuso, o abuso né...é...desse poder, então o conselho pode aplicar algumas medidas né? Que tá contida no 129 que são advertência, obrigação de matricular o filho, obrigação de encaminhar o filho pra um atendimento especializado, às vezes chega mães aqui que o cartão de vacina da criança tá todo desatualizado, então uma das medidas que a gente pode aplicar ao pai, às mães, aos pais é eles atualizarem né? O cartão de vacina... [...] Se a criança tá com problema de saúde visível né? Chegou aquele caso da menina que tava cheia de escabiose né? Então a gente aplica uma medida pra que ela leve a criança a um tratamento especializado, se for necessário... (David, Conselheiro tutelar).

Assim, é importante que esta contrarreferência realizada pelo Conselho Tutelar seja realizada para instituições que, conforme Frantini, Saupe e Massaroli (2008), garantam atendimento que possua níveis de especialização mais complexos, de acordo com as necessidades da vítima e de seus familiares.

Acerca da contrarreferência todos os conselheiros demonstraram ter conhecimento sobre o que se tratava e sua importância no processo de atendimento integral às vítimas de negligência, no entanto, de imediato eles afirmaram não realizarem à contento a contrarreferência dos casos recebidos, bem como não recebem essa resposta das outras instituições para as quais encaminham as vítimas. O que pode ser visto na fala de Aninha: *“Muito importante... [...]Agora nem sempre a gente tem tempo... Todo dia é um monte que chega...”* (Aninha, Conselheira tutelar).Esses depoimentos derrubam um de meus pressupostos acerca da ausência de contrarreferência entre as instituições de atendimento à criança e ao adolescente em Natal/RN na medida em que uma das possíveis explicações para a não-efetivação da contrarreferência seria a falta de conhecimento por parte dos funcionários das instituições supracitadas da importância desta ação. Em contrapartida, dois outros pressupostos são confirmados quando os conselheiros atribuem à ausência de contrarreferência, tanto a falta de cobrança por parte das instituições, que fazem os encaminhamentos, da contrarreferência como atividade presente em suas dinâmicas de funcionamento, como a falta de instrumentos e/ou ineficiência da relação entre equipe-

demandas, sendo esse o principal motivo apontado pelos conselheiros, o que pode ser visto nos depoimentos dados em entrevista:

Todo dia é muito atendimento, atendimento direto aí assim... fica um pouco difícil pra a gente tá acompanhando e respondendo a todos entendeu? [...] É muito importante... é fundamental...e aí a gente até enfatiza assim...que a própria rede onde a gente faz também os encaminhamentos, eles não dão esse *feedback* pra gente, entendeu? Não dão esse retorno... só dão quando a gente muitas vezes manda através de ofício né? Procurando saber a quantas anda, a que pé... (Carlinha, Conselheira tutelar).

Apesar das dificuldades expostas, os conselheiros demonstraram um esforço por parte da instituição em acompanhar alguns casos junto às demais instituições quando afirmam:

[...] tem uns casos que são assim... mais gritantes, que são encaminhados de alguns órgãos, por exemplo o do HUOL<sup>4</sup> que a gente tá acompanhando né? A gente tem assim, uma troca muito de... então até que o caso seja solucionado a gente fica tendo uma troca né? De conversa... (David).

E após essas declarações, utilizaram suas próprias justificativas para ausência de contrarreferência para atribuí-las às demais instituições. É o que pode ser verificado na fala de Carlinha:

Também tem bem isso assim... que a demanda... pronto um hospital como o Maria Alice né? Tem uma demanda muito grande também, então talvez eles não tenham também esse tempo todo de tá vendo os casos... é... as crianças que já passaram por lá... [...] Entendeu? Então quando chega aqui a gente faz os procedimentos legais e assim... realmente respostas só quando pedem... (Carlinha).

Assim, após a realização da pesquisa de campo e em comparação com a pesquisa bibliográfica e documental é possível perceber que não há em Natal, efetivação no sistema de contrarreferência na rede de atendimento à criança e ao adolescente. Tal ausência pode ser explicada, segundo dados das pesquisas, principalmente pela alta demanda presente na grande maioria das instituições pesquisadas, o que reduz significativamente a eficiência da realização das atividades inerentes ao funcionamento delas. Em segundo plano é possível perceber como elemento causador não ausência de contrarreferência, a falta de cobrança por parte das instituições que fazem o primeiro encaminhamento. No entanto, esse segundo fato é possivelmente explicado por aquele primeiro, já que as instituições atendem a um alto número

---

<sup>4</sup>Hospital Universitário Onofre Lopes.



de demandas, estando por isso, impossibilitadas de procurar acompanhar os casos que já não estão mais em suas instituições.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as análises apresentadas neste trabalho, queremos deixar clara a impossibilidade de esgotamento do objeto de estudo em questão, haja vista a observância da inexistência de amplo de material de pesquisa relacionado ao tema da importância do bom funcionamento da referência e contrarreferência para a efetivação dos direitos das crianças e adolescentes na rede de atendimento à este segmento.

Como já analisado no trabalho, foi possível perceber que desde a colonização do país e por muito tempo, a população mais jovem brasileira ficou desamparada pelo Estado, pelas famílias e pela sociedade, sendo assim, vítimas dos mais diversos tipos de violência e abandono, atos que eram naturalizados pela sociedade brasileira.

Nos primeiros anos após a colonização do país e à posteriori, as primeiras medidas por parte do Estado para o atendimento à criança e ao adolescente brasileiros, surgiram não com o objetivo de protegê-los, mas com o objetivo de fornecer à sociedade um resguardo para que as famílias pudessem abandonar suas crianças de forma segura e discreta, assegurando à estas a não-exposiçãooperante à sociedade. As medidas que caracterizavam esse tipo de atendimento às famílias agressoras são percebidas a partir da transferência, por parte do Governo Colonial, da responsabilidade de manutenção e controle das crianças abandonadas para a Igreja, através da Santa Casa de Misericórdia, que depois teve implantada a “Roda dos Expostos”, elemento claro da proteção dada aos que praticavam o abandono infantil, na medida em que tal instrumento acabava com qualquer contato que pudesse existir entre a instituição e a família que abandonava a criança.

No século XX, momento de crescimento e fortalecimento das lutas e mobilizações sociais, começam a surgir os primeiros ensaios para o que seria o aparecimento de políticas públicas voltadas para o atendimento aos direitos da criança e do adolescente. Chamados ensaios, haja vista que este segmento ainda não era visto como um composto de sujeitos de direitos e nesse momento os interesses da intervenção do Estado e da sociedade ainda não se configuravam como protetores da população mais jovem do país.

As instituições de acolhimento permanecem, com uma postura cada vez mais repressiva, coerciva e formadora de preconceitos contra as crianças e os adolescentes, conceituando-os como sujeitos de ameaça à sociedade. Assim, as políticas ainda surgiam como elementos de proteção à sociedade contra as crianças e os adolescentes. Essa postura é facilmente percebida no Código de Menores de 1927, a partir do qual qualquer criança ou

adolesce em situação de rua era recolhida e encaminhada às instituições de acolhimento, sem que houvesse uma preocupação em encontrar as famílias desses jovens.

Somente em 1988 a partir da Constituição Federal, a criança e o adolescente são vistos como sujeitos de direitos, que necessitam de políticas públicas que realmente as protejam, haja vista que este segmento é a maior vítima da sociedade perversa em que vivemos. A Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente, criado em 1990, foram e ainda são, sem dúvidas, importantes instrumentos de proteção e reconhecimento dos direitos da criança e adolescente. No entanto, atualmente vivenciamos diariamente o total desrespeito aos interesses deste segmento, ainda visto como ameaça à sociedade. É nesse momento, do desrespeito e falta de atendimento e proteção à criança e ao adolescente que testemunhamos situações de maus-tratos e negligência contra essas vítimas, que muitas vezes acontece no seio familiar, que deveria ser a instituição mais interessada em sua proteção.

Visando a prevenção, a identificação e proteção às vítimas de negligência e/ou maus-tratos contra crianças e adolescentes, a Organização Mundial da Saúde aponta como importantes a eliminação e/ou redução dos fatores sociais, culturais e ambientais que favoreçam os maus-tratos, a detecção da situação de risco antes da consolidação da violência e por fim, o acompanhamento da vítima e do agressor. Nesse momento, para que o acompanhamento seja realizado de maneira integral, é necessário o bom funcionamento das diversas instituições de atendimento à criança e ao adolescente, atrelado à intersectorialidade e interdisciplinaridade entre as diversas políticas que atendem esse segmento, objetivando a resolução efetiva das demandas expostas.

Neste trabalho, problematizamos tais conceitos, a partir do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes, na medida em que essa instituição se configurou como a instituição que fazia o primeiro encaminhamento, ou referência, às demais instituições da rede de atendimento. Nas pesquisas realizadas percebemos falhas na comunicação entre as instituições envolvidas em cada caso, o que deixou claro a não efetivação do sistema de contrarreferência, deixando margem para que as vítimas de negligência e/ou maus-tratos estivessem expostas à reincidência da violência sofrida.

Assim, foi notório perceber como elemento de grande importância a busca pela superação das dificuldades vivenciadas nas instituições, objetivando assim, a possibilidade de efetivação da contrarreferência na rede de atendimento à criança e ao adolescente, o que trará mais segurança e observância rigorosa dos direitos deste segmento.

É neste sentido, entendendo a importância do trabalho profissional em serviços de saúde articulado com os diversos setores, equipes, profissionais e áreas de conhecimento,

como um elemento significativo e talvez determinante na efetivação do atendimento às demandas, por parte dos profissionais, bem como elemento determinante da efetivação dos direitos dos usuários, que este trabalho se configura como uma produção que procura reafirmar os direitos sociais nessa conjuntura adversa.

Esperamos, com a conclusão de tal pesquisa propiciar às instituições pertencentes à rede de atendimento à criança e ao adolescente, a demonstração de quais caminhos podem e devem ser tomados pelos profissionais a fim de cobrar a efetivação da contrarreferência por parte das demais instituições envolvidas em cada caso de negligência e/ou maus-tratos, para que assim, as vítimas dessa expressão da violência, que sejam encaminhadas à estas instituições, tenham total garantia de efetivação de seus direitos, sendo aí representadas e/ou apresentadas através da intervenção do Estado. Para tanto, torna-se necessário além de outras medidas, a evolução dos sistemas de informação e tecnologia avançada nos espaços sócio-ocupacionais.

Esses estudos podem contribuir também, primeiramente, para um maior debate no âmbito do Serviço Social e das instituições que compõem a rede de atendimento à criança e ao adolescente em Natal – RN quanto à importância e às possibilidades e instrumentos para efetivação da contrarreferência. Em segundo plano, vejo como outra contribuição o alargamento das pesquisas sobre a temática no âmbito da universidade e a criação de um novo material que possa contribuir para as pesquisas posteriores.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. **Proteção e prevenção: Guia para orientação para profissionais da saúde**. Petrópolis: Autores & Agentes & associados, 1997.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 7. ed. São Paulo: Cortez, v.2, 2010.

BIDARRA, Zelimar; LESSARD, Geneviève. **A Concomitância entre a Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes e a Violência Conjugal: Uma reflexão sobre a produção desconhecimentos**. XIV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Natal/RN. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_13.07.2010/art\\_227.shtm](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_13.07.2010/art_227.shtm)>. Acesso em: 21 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm)>. Acesso em: 27 maio 2014.

BLOGGER **Historia e Genealogia**. Disponível em: <<http://www.historiaegenealogia.com/2010/10/maria-alice-fernandes.html>>. Acesso em: 08 maio 2014.

CALIL, Maria Izabel. **De Menino de Rua à Adolescente: análise sócio-histórica de um processo de ressignificação do sujeito**. In: OZELLA, Sérgio (Org.). **Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2003.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção. In PINHEIRO, Roseni (Org.); MATTOS,

Rubem Araújo de (Org.). **Os Sentidos da Integralidade:** na atenção e no cuidado à saúde. 8.ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.

CENTRO DE DEFESA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO CEARÁ. **Direitos de Crianças e Adolescentes:** Guia de atendimento. Disponível em:

<[http://www.unicef.org/brazil/pt/guia\\_atendim\\_cedeca.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/guia_atendim_cedeca.pdf)>. Acesso em: 23 mai. 2015.

CONSELHOFEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde.** Disponível em:

<[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)>. Acesso em: 14 maio 2014.

DIAS, Valdecir Ávila. **Referência e Contrarreferência:** Um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência, 2012.

FRATINI, Juciane Rosa Gaio; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. **Referência e Contrarreferência:** Contribuição para a integralidade em saúde, Janeiro 2008.

GOMES, Adriana Alice. **Do Atendimento a Infância e a Juventude no Brasil ao ECA:** interface com a assistência social. XIV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Natal/RN. 2014.

LIMA, Henriqueta Christina de Alencar F. ; RAMALHO, Raphaela Beserra. **Violência Contra Criança e Adolescente:**a inserção no debate da saúde. XIV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Natal/RN. 2014.

MACHADO, Leticia Martins; COLOMÉ, Juliana Silveira; BECK, Carmem Lúcia Colomé. **Estratégia de Saúde da Família e o Sistema de Referência e Contrarreferência:**um desafio a ser enfrentado, Janeiro 2011.

MILITÃO, Raquel Maíra dos Santos Alves; SANTOS, Helisama Andreza dos. **A Atuação e Dificuldades do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente.**XIV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Natal/RN. 2014.

MOTA, Ana Elizabete. Et al (Orgs). **Serviço Social e Saúde** – 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

PAES, Janiere Portela Leite. **O Código de Menores e o Estatuto da Criança e do adolescente: avanços e retrocessos**. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/o-c%C3%B3digo-de-menores-e-o-estatuto-da-crian%C3%A7a-e-do-adolescente-avan%C3%A7os-e-retrocessos>>. Acesso em: 21 nov. 2014.

PAULA, Luciana Gonçalves Pereira de. A Dimensão Investigativa do Exercício Profissional do Assistente Social na Saúde. In: SILVA, Letícia Batista (Org); RAMOS, Adriana (Org). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

PEREIRA, Potyara A. P. A Intersectorialidade das Políticas Sociais na Perspectiva Dialética. In: MONNERAT, Giseelle Lavinias (Org); ALMEIDA, Ney Teixeira de (Org); SOUZA, Rosimary Gonçalves de. **A Intersectorialidade na Agenda das Políticas Sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

RAMOS, Adriana. Instrumentos e Técnicas de Trabalho do Assistente Social: notas para uma reflexão crítica. In: SILVA, Letícia Batista (Org.); RAMOS, Adriana (Org.). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

SANTOS, Maiarapacífico. **A Proposta dos Conselhos Tutelares e a Experiência Vivenciada em Dois Municípios do RN**. XIV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Natal/RN. 2014.

SILVA, Letícia Batista; MENDES, Alessandra Gomes. Serviço Social, Saúde e a Interdisciplinaridade: algumas questões para o debate. In: SILVA, Letícia Batista (Org.);

RAMOS, Adriana (Org.). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

SILVA, Maria Liduina de Oliveira e. **O Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código de Menores**: descontinuidades e continuidades. In: Serviço Social e Sociedade, nº 83. São Paulo: Cortez, 2005.

SOUZA, Ana Silvia Ariza de. **Código de Menores X ECA**: Mudanças de paradigmas. Disponível em: <<http://www.promenino.org.br/servicos/biblioteca/codigo-de-menores-x-eca-mudancas-de-paradigmas>>. Acesso em: 21 nov. 2014.

SOUZA, Laura Tayná Silva de; LIMA, Cristian dos Santos; OLIVEIRA, Eliane da Silva. **Violência Sexual Contra Criança**: um enfoque a partir do serviço social na área da saúde. XIV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Natal/RN. 2014.

TEIXEIRA, Edna Mria. **Criança e Adolescente e o Sistema de Garantia de Direitos (2010)**. Disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/esmp.publicacoes/ed12010/artigos/4CRIANDIREITOS.pdf>>. Acesso em: 10 abr.2015.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas em Saúde. In: MOTA, Ana Elizabeth. Et al. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

YOUTUBE. **Políticas de Saúde no Brasil**: Um século de luta pelo direito à saúde. Disponível em: <[http://www.youtube.com/watch?v=cSwIL\\_JW8X8](http://www.youtube.com/watch?v=cSwIL_JW8X8)>. Acesso em: 08 maio 2014.

WIKIPÉDIA. **Hospital Maria Alice Fernandes**. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Hospital\\_Maria\\_Alice\\_Fernandes](http://pt.wikipedia.org/wiki/Hospital_Maria_Alice_Fernandes)>. Acesso em: 08 maio 2014.



**APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**Título da Pesquisa:** CONTRARREFERÊNCIA NA REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMAS DE NEGLIGÊNCIA FAMILIAR EM NATAL/RN: um estudo a partir do hospital pediátrico Maria Alice Fernandes

**Pesquisadora responsável:** Jaqueline Carvalho de Araújo

1. O que você sabe sobre negligência infanto-juvenil? Consegue mapear alguns tipos de negligência?
2. A instituição costuma receber encaminhamentos de crianças ou adolescentes negligenciados?
3. Quais são os casos mais recorrentes? Quais as instituições que mais encaminham? Recebem casos do Hospital Maria Alice?
4. Ao receber esses casos o que é feito? Oferece resposta à instituição que encaminhou?
5. O que você entende sobre Contra-referência? A considera importante? Por quê?
6. A instituição pratica essa ação com os casos que recebe?
  - 6.1. Como vocês realizam essa contra-referência?
  - 6.2. Quais os motivos pra não haver a contra-referência?
7. Após a instituição fazer o encaminhamento de casos há resposta das outras instituições? E quando há casos encaminhados do Hospital Maria Alice há contra-referência de ambas as partes?

## APÊNDICE B - TERMODE CONSENTIMENTO DE ENTREVISTA



### UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto: CONTRARREFERÊNCIA NA REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMAS DE NEGLIGÊNCIA FAMILIAR EM NATAL/RN: um estudo a partir do hospital pediátrico Maria Alice Fernandes**

**Pesquisador(a):** Jaqueline Carvalho de Araújo

**Estudante do Curso de Serviço Social da UFRN**

#### **OBJETIVO**

Identificar e analisar as razões que levam à falha de Contrarreferência na rede de atendimento aos direitos da criança e do adolescente quando há suspeita ou constatação de negligência intrafamiliar a partir da entrada no Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes em Natal-RN.

#### **DA OBSERVAÇÃO E DAS ENTREVISTAS**

A pesquisa envolverá pesquisa bibliográfica e de campo, assim como a realização de entrevistas em 03 (três) instituições, tratando sobre rede de atendimento à criança a ao adolescente em Natal/RN.

#### **SOBRE OS RISCOS**

Não há riscos físicos relacionados à participação neste estudo, uma vez que não haverá nenhuma intervenção que possa trazer danos à saúde, nem utilização de nenhuma substância físico-química nos participantes do mesmo.

Os únicos riscos que poderiam porventura acontecer se restringem a constrangimento em relação a alguma pergunta efetuada. Nesse caso, o entrevistado deve exercer o pleno direito de não respondê-la.

Ainda assim, se no período de ocorrência desta pesquisa, algum indivíduo pesquisado apresentar algum transtorno de ordem psicológica, o(a) pesquisador(a) assume o compromisso de encaminhá-lo para atendimento na Clínica de Psicologia da UFRN.

#### **SOBRE OS BENEFÍCIOS**

Os benefícios associados à participação nesta pesquisa são de ordem coletiva, uma vez que as respostas dadas poderão contribuir para dar visibilidade acadêmica ao tema da rede de atendimento à criança a ao adolescente em Natal/RN.

#### **CONFIDENCIALIDADE DO ESTUDO**

O registro da participação neste estudo será mantido em sigilo. Será garantida a confidencialidade na coleta, tabulação e análise dos resultados. Somente o(a) pesquisador(a) e a orientadora da pesquisa terão acesso às informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do entrevistado só será revelada se este o permitir.

### **DANOS ADVINDOS DA PESQUISA**

Apesar de não estar previsto, se houver algum dano ou se algum problema ocorrer decorrente deste estudo, o participante será indenizado, sendo isto providenciado pelo(a) pesquisador(a).

Além disso, se no período de ocorrência desta pesquisa, algum indivíduo pesquisado apresentar algum transtorno de ordem psicológica, o(a) pesquisador(a) assume o compromisso de encaminhá-lo para atendimento na Clínica de Psicologia da UFRN.

### **PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA**

Toda participação é voluntária. Não há penalidade para alguém que decida não participar deste estudo. Ninguém também será penalizado se decidir desistir de participar do estudo, em qualquer época.

### **PERGUNTAS**

Estimulamos que os pesquisados façam perguntas a respeito desta pesquisa. Caso haja alguma pergunta, deve contatar o(a) pesquisador(a), no endereço (jaqueline-ufrn@hotmail.com). Deve contatar também a Profa. Me. Josivânia Estelita, no endereço (josivaniaestelita@yahoo.com.br).

### **CONSENTIMENTO DO ENTREVISTADO PARA PARTICIPAÇÃO**

Estou de acordo com a participação na pesquisa acima explicada. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da mesma e sobre a entrevista a qual serei submetido.

Foi garantido o meu direito a qualquer esclarecimento solicitado durante o desenvolvimento da pesquisa, assim como o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a desistência implique em qualquer prejuízo para a minha pessoa.

A minha participação na pesquisa não implicará em custos ou prejuízos adicionais, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, se eu assim o quiser.

**Nome do entrevistado (letra de forma):** \_\_\_\_\_

**Assinatura do entrevistado:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Testemunha 1**

\_\_\_\_\_  
**Testemunha 2**

**COMPROMISSO DO(A) PESQUISADOR(A)**

Eu discuti as questões acima apresentadas com os indivíduos participantes no estudo ou com os seus representantes legalmente autorizados. É minha opinião de que o indivíduo entenda os objetivos, assim com os riscos e benefícios deste projeto e as obrigações do(a) pesquisador(a).

**Jaqueline Carvalho de Araújo**      **Data:** \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

**Nome do(a) pesquisador(a)**

**e CPF: 085.295.144-24**