

**DIREITOS HUMANOS, VIOLÊNCIA, SAÚDE E PROTEÇÃO DA INFÂNCIA
NO BRASIL^(*)****HUMAN RIGHTS, VIOLENCE, HEALTH AND CHILD PROTECTION IN
BRAZIL****DERECHOS HUMANOS, VIOLENCIA, SALUD Y PROTECCIÓN INFANTIL
EN BRASIL****Elisabeth Francisca da Costa¹****José Marcos da Silva²****Sara Milena Gois Santos³****Joice Rafaela da Silva Ferreira⁴****Elaine Cristina Santos de Lira⁵****RESUMO:**

Neste artigo apresentam-se reflexões sobre os direitos humanos, violência, saúde e a proteção à infância, a partir da análise qualitativa de textos relacionados aos tratados internacionais, leis e políticas de atenção especializada à saúde no Brasil. Historicamente, os direitos humanos da infância e adolescência não eram evidenciados. Mais tarde, com a abolição da escravidão, o advento da República e o início da industrialização, surgiram as preocupações com relação à

(*) Recibido: 12/06/2023 | Aceptado: 02/11/2023 | Publicación en línea: 30/12/2023.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

¹ Mestranda em Direitos Humanos pela UFPE. Especialista em Direito da Criança e do adolescente pela UFRPE e em Direitos Humanos pela UNICAP. Graduada em Serviço Social. ORCID ID <https://orcid.org/0009-0008-4208-3883> . E-mail: elysafcosta1@gmail.com

² Doutor em Direitos Humanos, Saúde Global e Políticas da Vida pela Fiocruz e PhD *Human Rights in Contemporary Societies* pela Universidade de Coimbra. Professor permanente do Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos da UFPE. ORCID ID <https://orcid.org/0000-0002-6913-8302>. E-mail: jose.marcoss.sc@ufpe.br

³ Mestranda em Direitos Humanos pela UFPE. Especialista em Direito das Mulheres. Especialista em Direitos Humanos e Ressocialização. Pós-Graduada em Direito de Família. Bacharel em Direito. ORCID ID <https://orcid.org/0009-0003-4925-3041>. E-mail: contatosamilena@hotmail.com

⁴ Mestranda em Direitos Humanos pela UFPE. Especialista em Direito Digital e Compliance. Especialista em Responsabilidade civil e contratos. Bacharel em Direito. ORCID ID <https://orcid.org/0009-0003-9626-9097>. E-mail: joicerafaele@gmail.com

⁵ Mestre em Saúde da Comunicação Humana pela UFPE. Sanitarista pela Funeso. Graduada em Serviço Social pela Unicap. ORCID ID <https://orcid.org/0009-0007-8598-3681>. E-mail: ecllira@gmail.com

criança pobre e acometidas pela violência estrutural em decorrência da ausência ou ineficientes políticas públicas ofertadas pelo Estado. Dentre os acontecimentos internacionais, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), surgiu em 1948, a partir de então nasceu a noção dos Direitos Humanos universais e indivisíveis. No Brasil, em 1988, foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil e um ano após, em 1989, a Convenção sobre os Direitos da Criança. A Lei 8069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente) é a atual legislação destinada à criança e ao adolescente, e, através dela, há a política de atendimento à saúde. É no SUS - Sistema Único de Saúde atrelado ao projeto da reforma sanitária que se visualiza a concepção ampliada do processo de saúde e doença. Essa realidade, mesmo não estando no ideal pensado à reforma sanitária, permite considerar que ocorreram avanços no processo de garantia de direitos da infância, no entanto, há a necessidade de estudos que avaliem a implantação e o funcionamento dos serviços específicos ao enfrentamento da violência que se apresentam como determinações sociais nas condições de saúde das crianças. Ainda se apresenta urgente, posicionamentos em prol de ações, através das gestões públicas, com vistas a implementação dos acordos internacionais e leis brasileiras, na perspectiva de atenuar os indicadores de violência e à defesa intransigente dos direitos, enquanto pessoas em desenvolvimento que demandam proteção.

Palavras-chave: Direitos Humanos, Estatuto da Criança e do Adolescente, Violência contra Criança e Adolescente, Proteção da Infância, Assistência à Saúde no Brasil.

ABSTRACT

The study presents reflections on human rights, violence, health and child protection, based on the qualitative analysis of texts related to international treaties, laws and specialized health care policies in Brazil. Historically, the human rights of childhood and adolescence were not highlighted. Later, with the abolition of slavery, the advent of the Republic and the beginning of industrialization, concerns arose regarding poor children affected by structural violence because of the absence or inefficient public policies offered by the State. Among international events, the Universal Declaration of Human Rights (UDHR) appeared in 1948, from then on the notion of universal and indivisible Human Rights was born. In Brazil, in 1988, the Constitution of the Federative Republic of Brazil was promulgated and a year later, in 1989, the Convention on the Rights of the Child. Law 8069/90 (Child and Adolescent Statute) is the current legislation aimed at children and adolescents, and, through it, there is the health care policy. It is in the SUS - Unified Health System linked to the health reform project that the expanded conception of the health and disease process can be seen. This reality, even though it is not ideal for health reform, allows us to consider that advances have been made in the process of guaranteeing children's rights. However, there is a need for studies that evaluate the implementation and functioning of specific services to combat violence that present themselves as social determinations in children's health conditions. It is still urgent to take positions in favor of actions, through public administration, with a view to implementing international agreements and Brazilian laws, with a view to mitigating indicators of violence and the uncompromising defense of rights as people in development and demanding protection.

Link word: Human Rights, Statute of Children and Adolescents, Violence against Children and Adolescents, Child Protection, Health Care in Brazil.

RESUMÉN

El estudio presenta reflexiones sobre derechos humanos, violencia, salud y protección de la infancia, a partir de un análisis cualitativo de textos relacionados con tratados internacionales, leyes y políticas especializadas de atención a la salud en Brasil. Históricamente no se destacaron los derechos humanos de la niñez y la adolescencia. Posteriormente, con la abolición de la esclavitud, el advenimiento de la República y el inicio de la industrialización, surgieron preocupaciones sobre los niños pobres afectados por la violencia estructural como consecuencia de la ausencia o ineficientes políticas públicas ofrecidas por el Estado. Entre los acontecimientos internacionales, apareció la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) en 1948, a

partir de entonces nació la noción de Derechos Humanos universales e indivisibles. En Brasil, en 1988, se promulgó la Constitución de la República Federativa de Brasil y un año después, en 1989, la Convención sobre los Derechos Del Niño. La Ley 8069/90 (Estatuto del Niño y del Adolescente) es la legislación vigente dirigida a los niños y adolescentes y, a través de ella, existe la política de atención a la salud. Es en el SUS - Sistema Único de Salud vinculado al proyecto de reforma sanitaria donde se puede ver la concepción ampliada del proceso de salud y enfermedad. Esta realidad, si bien no es la ideal para una reforma sanitaria, permite considerar que se han logrado avances en el proceso de garantía de los derechos de la niñez, sin embargo, es necesario realizar estudios que evalúen la implementación y funcionamiento de servicios específicos para combatir la violencia. que se presentan como determinaciones sociales en las condiciones de salud de los niños. Aún es urgente tomar posiciones a favor de acciones, a través de la administración pública, con miras a implementar los acuerdos internacionales y las leyes brasileñas, con miras a mitigar los indicadores de violencia y la defensa intransigente de los derechos como personas en desarrollo y demandantes de protección.

Palabras clave: Derechos Humanos, Estatuto del Niño y del Adolescente, Violencia contra Niños y Adolescentes, Protección de la Infancia, Atención a la Salud en Brasil.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo, cujo formato de ensaio, apresenta o resultado de reflexões críticas sobre a evolução histórica dos direitos humanos da criança e do adolescente e a assistência à saúde no Brasil, a partir de uma análise qualitativa que utilizou a hermenêutica dialética, técnica de análise que descreve, sintetiza processos compreensivos e críticos (Côrtes, 2006).

Nesse sentido, buscou-se a compreensão de sentido, no arcabouço jurídico das políticas públicas brasileiras, sobre o avanço relacionados às legislações, aos acordos e aos tratados internacionais para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes e o acesso à saúde, discorrendo sobre núcleos de sentido fundamentais, como sistemas de proteção de direitos humanos relacionados à infância e adolescência, modelos de assistência à saúde, violência e promoção da saúde.

Para a fundamentação teórica, tomou-se por base as discussões conceituais de Minayo (2001), Mattioli e Oliveira (2013), Morelli (2010), Krug (2002), entre outros, os conceitos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e os documentos norteadores à implementação da política de atenção à infância e adolescência em situação de violências no Brasil.

Os resultados são apresentados, considerando-se três dimensões: a) a evolução histórica dos direitos humanos à infância e adolescência; b) a política de saúde no Brasil; c) a violência contra a criança e o adolescente.

Destaca-se a interdependência entre a Lei n.º 8.069 de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente - e a implementação da política de atendimento na saúde à infância e a adolescência em situação de violência, em consonância com a Constituição Federativa do Brasil de 1988, que assegura a garantia do direito à saúde, a vida e a assistência médica e psicossocial de forma gratuita e universal. É apresentado o conceito de violência, tipos e natureza, conforme a Lei n.º 8.069 (1990).

São identificados avanços na efetivação de tratados internacionais e na legislação nacional de proteção à infância e à adolescência, assim como na assistência à saúde de forma integral e acesso universal, através do SUS. Há a necessidade de estudos que aprofundem a avaliação da implementação de estrutura, efetividade e resultados dos serviços e da gestão pública intersetorial para a eliminação de desigualdades sociais, com vistas a atenuar os indicadores de violência contra à criança brasileira.

1.1 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS DIREITOS HUMANOS À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Historicamente, inúmeras foram as violações de direitos sofridas por crianças e adolescentes. O infanticídio foi um dos temas recorrente em séculos passados, sendo este fenômeno naturalizado em algumas tradições na sociedade oriental (Minayo, 2001). Nesse contexto, os direitos humanos da infância e adolescência não eram evidenciados à medida que não eram considerados sujeitos de direitos.

Mattioli e Oliveira (2013), citam que durante muito tempo na história da humanidade, ser criança representava apenas uma fase de transição. Aos que conseguissem atravessar, entrariam na vida adulta. Mais tarde, com a abolição da escravidão, o advento da República e o início da industrialização, surgiram as preocupações com relação à criança pobre, acometidas pela violência estrutural e negligenciada pela própria família, que não apresentava condições de suprir direitos fundamentais em decorrência da ausência ou ineficientes políticas públicas ofertadas pelo Estado.

O século XX foi caracterizado “como aquele em que as crianças e os adolescentes ocuparam um amplo destaque na sociedade ocidental” (Morelli, 2010, p. 99), porém foi um período de intensas violações aos direitos humanos.

No ano de 1919, ocorreu o Tratado de Versalhes, pós primeira Guerra Mundial, que suscitou a Liga das Nações, uma organização internacional com o objetivo de preservar a paz no mundo e evitar a Segunda Guerra Mundial, porém foi sem êxito (Mattioli & Oliveira, 2013).

Após o fim da Segunda Guerra Mundial, o mundo se deparou com uma realidade devastadora que necessitava de uma resposta coordenada e eficaz para evitar o surgimento de “novos conflitos” (Mattioli & Oliveira, 2013).

No ano de 1924, a Declaração de Genebra vislumbrou a proteção à infância através da União Internacional “Salve as Crianças”, para contemplar, integralmente, a vida da criança em situação de vulnerabilidade, sendo pioneira na busca internacional pela proteção e defesa da infância. Não teve força coercitiva diante das nações, atuando como recomendações da Liga das Nações aos governos (Mattioli & Oliveira, 2013).

Em relação à legislação “menorista”, existiram os Códigos de Menores, compreendendo o período de vigência a partir do ano de 1927 e em 1979. Ocorre que esta legislação, preconizava um sistema tutelar, baseado na Doutrina da Situação Irregular – crianças reconhecidas com o recorrente uso do termo “menores”, pobres, consideradas como uma patologia social que, além de praticarem atos infracionais penais, eram vítimas de maus-tratos, abandonos e negligenciadas (Cabral *et al.*, 1999). Conjunturalmente apresentavam diversas expressões da questão social⁶

Diante da ausência de políticas públicas pelo Estado, na época, a assistência aos carentes ficava a cargo da Igreja (assistencialismo). A partir daí surgiram as casas de acolhimento às crianças no Brasil; as fundações de entidades assistenciais com práticas de caridade e higienistas; a criação do Serviço de Atendimento ao Menor em 1941) e sua substituição pela Política Nacional de Bem-Estar do Menor, em 1960, elaborada e implantada pela Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, que se alinhava a uma postura

⁶De acordo com Lamamoto (2005), a questão social é apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade.

autoritária do regime militar. Em seguida, houve a Lei nº 6697/1979 – Novo Código de Menores-, época em que o juiz de menores possuía conduta autoritária, cabendo-lhes as funções jurisdicionais e administrativas (Porto & Cabral, 1999).

Reportando aos acontecimentos internacionais que relacionados diretamente às discussões e ações no Brasil, em 1948, surgiu a Organização das Nações Unidas (ONU), composta por diversos países, visando propor o desenvolvimento e a paz mundial. Com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), em 1948, nasce a noção de Direitos Humanos universais e indivisíveis em seus artigos 25 e 26 sobre os cuidados especiais à infância, e dispõe que “A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozam da mesma proteção social” (Organização das Nações Unidas [ONU], 2020).

A partir da Assembleia Geral das Nações Unidas, foi aprovada a Declaração dos Direitos da Criança em 1959, ampliando o discurso de proteção ao direito da infância, como sujeitos de direitos, carecedoras de proteção e cuidados especiais, sob a recomendação da ONU (Mattioli & Oliveira, 2013).

Em 1988, no Brasil, surge a Constituição da República Federativa do Brasil, fruto de um árduo e longo processo de lutas envolvendo a sociedade civil e os movimentos sociais. Em seu artigo primeiro apresenta os fundamentos do Estado Democrático de Direito, entre outros, a proteção aos direitos humanos (Constituição Federal [CF], 1988).

Um ano após a promulgação da Constituição Federal do Brasil, foi aprovada, também pela ONU, a Convenção sobre os Direitos da Criança em 1989. Por intermédio de uma nova sessão da Assembleia Geral, os Estados partes, representando 196 nações, reafirmaram o compromisso de proteger e garantir os direitos humanos de crianças e adolescentes. (Nações Unidas do Brasil [NUB], 2020).

No Brasil, a Convenção sobre os Direitos da Criança foi ratificada pelo Decreto n.º 99.710 de 1990 – tratado internacional de direitos humanos com maior número de adesão – comprometendo-se com o tratamento prioritário com vistas à melhoria da qualidade de vida da criança. Faz referência ao termo

criança, pessoas com menos de dezoito anos e significou um avanço no sistema de proteção dos direitos humanos. (Decreto nº. 9.710 [CDC], 1990).

A atual legislação brasileira destinada à criança e ao adolescente no Brasil, tem como principal referência o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069/1990), reconhecido internacionalmente como o instrumento mais avançado na defesa dos direitos da infância. Ele regulamenta o art. 227 da Constituição Federal de 1988 que estabeleceu a proteção Integral e o princípio da prioridade absoluta na qualidade de política pública, distinguindo criança, pessoa até 12 anos incompletos, e adolescente, pessoa entre 12 e 18 anos (Constituição Federal, 1998). Destaca-se a classificação etária diferenciada da infância (0 a 9 anos) e da adolescência (10 a 19 anos), para o Ministério da Saúde. Segundo o citado órgão, essa divisão considera as respectivas fases do desenvolvimento humano -período de crescimento e puberdade (Ministério da Saúde [MS], 2010).

O ECA está estruturado em cinco eixos: I - vida e saúde; II - liberdade, respeito e dignidade; III - convivência familiar e comunitária; IV - educação, cultura, esporte e lazer; V - profissionalização e proteção no trabalho. É a partir deste estatuto que crianças e adolescentes passaram a ser reconhecidos como sujeitos de direitos, pessoas em desenvolvimento, que necessitam de proteção, conforme a Lei nº. 8.069 (1990).

Essa legislação pode ser descrita como um conjunto de normas cujo objetivo é proteger diferentes aspectos da vida das crianças e adolescentes, incluindo a proteção dos direitos trabalhistas (para os adolescentes que já possuam idade para o exercício profissional), a salvaguarda dos direitos civis, familiares e sucessórios da criança e do adolescente, a garantia de seus direitos durante os processos legais, como medida para preservar sua liberdade, dignidade e integridade, bem como a proteção de seu acesso aos serviços e programas oferecidos pelo Estado (Wanderlino & Cabral, 1999).

A partir das legislações e considerações acima, destaca-se a viabilização do acesso à saúde e o enfrentamento das diversas expressões de violências, por interferência das ações integralizadas, traduzidas nas Políticas de Atendimento, como um direito da criança e do adolescente. Ampliou-se o olhar

à causa dos direitos humanos diante da necessidade de atuar contra a pobreza e a miséria, que tanto maltratam as crianças e os adolescentes.

1.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

No eixo da promoção da saúde, do Sistema de Garantia de Direitos⁷ no Brasil, o Ministério da Saúde ratificou, o documento norteador intitulado “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências” que consolida ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, estabelecidas pela Portaria n.º 687/2006, da Política Nacional de Atenção Básica e das diretrizes para organização de redes de atenção integral às urgências, conforme Portaria n.º 1.601/2011 (Ministério da Saúde, 2010).

Uma das linhas de ação do ECA está em seu Art. 87, o qual assegura os serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão, demandando a promoção do direito à vida e à saúde das crianças e adolescentes, mediante o acesso universal e igualitário aos serviços e o desenvolvimento de ações de atenção humanizada e o trabalho em rede, como previsto pela Lei n.º 8.069 (1990).

Em princípio, no século XVIII, a assistência à saúde foi marcada por um viés filantrópico e assistencialista, sendo objeto de intervenção estatal no Brasil apenas no século XX, mais especificamente na década de 1930. No final do século XIX, o tema da saúde já era uma questão de reivindicação a partir do nascimento do movimento trabalhista. O processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado e toda a conjuntura da década de 30 possibilitaram o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem à questão social de forma orgânica e sistemática. Esse foi um período de

⁷Segundo a Resolução 113 do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente – CONANDA: Art. 1º “O Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente constitui-se na articulação e integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos humanos da criança e do adolescente nos níveis Federal, Estadual, Distrital e Municipal”. 2006, p. 03. (2021, 16 de outubro). Recuperado de <https://www.escoladeconselhospe.com.br/site/livro/resolucao-no-113-conanda/>.

expansão industrial e do capital que acelerou a urbanização e a ampliação da massa trabalhadora em péssimas condições de habitação, higiene e saúde (Bravo, 2001).

Ainda na década de 1930, surgiu a medicina previdenciária, através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, que estendeu, por meio de reivindicações dos trabalhadores, assistência à saúde para eles e a seus familiares, mas que ainda não atendia as necessidades de saúde da população em geral. Entre 1945 e 1964, era uma tarefa difícil controlar o cenário de enfermidades infecciosas e parasitárias, juntamente com as taxas alarmantes de doenças e óbitos infantis e a mortalidade geral (Allonzi *et al.*, 2002).

No período da militar (1964-1979), há registros de que a política de saúde foi marcada pelo privilégio ao produtor privado, com destaque aos seguintes movimentos: Articulação do Estado junto aos interesses do capital internacional, vias indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica (Almeida, 1998).

Observa-se, com base no citado período, que a cobertura previdenciária-saúde chegou a ser estendida a quase toda população urbana, mas só após 1973, foram incluídos os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos. Vale frisar que só tinha acesso à saúde e aos benefícios previdenciários, aqueles que tinham algum vínculo trabalhista, ficando à margem a população que não tinha acesso ao mercado de trabalho.

Na década de 1980 no Brasil, durante o processo de redemocratização após um longo período de ditadura militar que cerceou severamente os direitos humanos, começou a se desenvolver o projeto da Reforma Sanitária. Nesse contexto, a sociedade civil se envolve em intensas lutas em prol da saúde, resultando em avanços significativos nessa área. (Ministério da Saúde [MS], 2006).

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das

propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil (Bravo, 2001).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, representou um ponto crucial nas discussões sobre a saúde no Brasil, assumindo uma perspectiva política e democrática. Este evento marcou uma transição das discussões sobre saúde, antes restritas aos profissionais da área, para uma abordagem mais ampla, incorporando as necessidades da sociedade em geral. (Ministério da Saúde [MS], 2006).

A reforma sanitária tem como sua principal proposta a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Isso envolve uma concepção ampliada de saúde, que considera a melhoria das condições de vida e trabalho, com um foco nas determinações sociais. Além disso, a reforma sanitária implica a reorganização do sistema de saúde por meio da criação do SUS, baseado em princípios como intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, Municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde, juntamente com um financiamento adequado por parte do Estado (Conselho Federal de Serviço Social [CFESS], 2010).

Na Constituição Federal de 1988, a saúde está inserida no capítulo da “Ordem Social”, compondo a Seguridade Social formada pelo tripé: saúde, previdência e assistência (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988). O Sistema Único de Saúde é uma das propostas do Projeto de Reforma Sanitária e foi regulamentado em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, 1990).

Segundo o artigo 4º da Lei Federal n.º 8.080/1990, o Sistema Único de Saúde se constitui em um “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas e federais, estaduais e municipais, da Administração direta ou indireta, e das fundações mantidas pelo Poder Público”, e, complementarmente pela iniciativa privada. Entretanto, compartilhando dos mesmos questionamentos postos pelos Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) real está longe do SUS constitucional. Há uma grande distância entre a proposta do movimento sanitário

e a prática do sistema público vigente, tornando-se o SUS um espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado (Lei 8.080, 1990).

O ideal proposto pela Reforma Sanitária, atualmente, vem perdendo espaço, a partir do processo de contra reforma do Estado, para o projeto privatista, adequando o Brasil aos ideais do projeto neoliberal, com toda força a partir dos anos 90. O Estado tem mudado seu papel de provedor direto do desenvolvimento econômico e social, atuando como promotor e regulador, transferindo para o setor privado as responsabilidades que anteriormente estavam sob sua responsabilidade. Nesse contexto de reestruturação produtiva, diversas formas de terceirização e novos modelos de gestão, que são contrários ao SUS, estão sendo propostas (Bravo, 2001).

Desde seu nascimento o SUS tem sido ameaçado pelo confronto entre os dois projetos (privatista e da reforma sanitária), é ao projeto da reforma sanitária, pautado na efetivação de direitos sociais, que se encontra atrelada a concepção ampliada do processo de saúde e doença que está intimamente relacionada ao fenômeno da violência, às condições de vida, de trabalho e cultural da população. Apesar de ainda não ter se realizado como proposto pelo movimento pela reforma sanitária, ocorreram avanços promovidos pelo SUS no processo de garantia de direitos da infância em vários aspectos da vida, destacando os avanços legais e políticos na saúde, na luta para garantir um acesso igualitário e universal (Lei 8.080, 1990).

1.3 A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

No Brasil, as políticas públicas de enfrentamento às violações de direitos contra a criança costumam utilizar os conceitos sobre violência, as tipificações e consequências sinalizadas pela Organização Mundial de Saúde, agência vinculada à Organização das Nações Unidas (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002).

A violência contra crianças e adolescentes é uma forma histórica e secular de relacionamento das sociedades, variando em expressões e explicações: a questão dos maus-tratos pode ser encontrada em relatos clínicos que datam de

fins do século XIX. Contudo, somente no século XX, mais precisamente na década de 60, estes passam a constituir um problema de saúde, reconhecido sob a epígrafe “síndrome do bebê espancado” — SIBE (the battered baby syndrome) (Deslandes, 1994).

Na sociedade brasileira, a violência é marcada por seus traços de dominação patriarcal e perpassa o debate das relações de poder, de gênero, raça e da insuficiente discussão sobre o tema da educação sexual e de uma cultura de paz na sociedade. A estrutura patriarcal/machista, se traduz em uma cultura onde a sociedade viola os direitos humanos de crianças e adolescentes, todos os dias, culpabilizando-as pelas violações sofridas (Faleiros, 2005).

A violência pode ser definida de várias maneiras, entretanto, em sua essência, trata-se do uso intencional da força física ou do poder, real ou ameaçador, direcionado a si, a outra pessoa, ou a um grupo, ou comunidade, com a consequência prevista ou altamente provável de causar lesões, morte, dano psicológico, deficiência no desenvolvimento ou privação (Krug *et al.*, 2002).

No cotidiano, pode-se compreender situações de violências como toda e qualquer ação ou ato que ocorra contra a vontade do outro/a ou contra si, causando constrangimentos, desconfortos, dor física ou emocional. A violência pode ser classificada quanto aos seus diferentes tipos e natureza. Referente a tipologia, tem-se a autoprovocada, interpessoal e coletiva; em relação à natureza pode ser física, sexual, psicológica, negligência ou abandono, definidos pelo Ministério da Saúde no Brasil (2010) e classificados pela Organização Mundial de Saúde (2002).

A violência autoprovocada é dirigida contra si e abrange a mutilação, que pode ser grave (como a amputação de partes do corpo) ou estereotipada (como bater a cabeça, morder-se ou entrar em desespero), além de comportamentos suicidas como o ato de tirar a própria vida (Ministério da Saúde, 2010).

A violência interpessoal ocorre nas interações entre indivíduos e se manifesta quando as pessoas têm dificuldade em resolver conflitos por meio do diálogo. Isso pode ocorrer em diversas relações, como entre pais e filhos, parceiros, irmãos, e muitas vezes está relacionada a dinâmicas de poder. Já a violência coletiva, por outro lado, envolve geralmente grandes grupos ou até

mesmo o Estado. Caracterizando-se pela discriminação, exclusão ou restrição com base em fatores como raça, etnia e classe social, visando negar ou prejudicar os direitos humanos e as liberdades fundamentais em diversas esferas da vida pública, incluindo política, econômica, social e cultural. Ressalta-se a violência estrutural como um alicerce às manifestações de outras formas de violências, tendo rebatimento direto nas crianças e adolescentes (Ministério da Saúde, 2010).

Minayo (2001) considera a violência coletiva um fenômeno que afeta a qualidade de vida das crianças e adolescentes em decorrência de decisões históricas, econômicas, e sociais que os colocam em situação de desvantagens, prejudicando seu crescimento e desenvolvimento. Essa forma de violência é recorrente e frequentemente percebida como algo normal, como se não houvesse ações de indivíduos por trás dela. Portanto, é importante analisar e compreender como ela se manifesta institucionalmente nas relações interpessoais e aspectos culturais.

O Ministério da Saúde (2010) classifica as violências segundo sua natureza em: a) violência física, todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no corpo, podendo provocar a morte; b) violência psicológica que é toda ação que coloca em risco ou causa danos à autoestima, à identidade, ao desenvolvimento da criança ou do adolescente; manifesta-se em forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente; c) violência sexual como todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, visando utilizá-lo para obter satisfação sexual.

Pode ocorrer em uma variedade de situações como: estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas e “voyeurismo” (obtenção de prazer sexual por meio da observação). Associada a estas perspectivas observa-se que crianças e/ou adolescentes em situação de violência podem apresentar complicações de saúde com sintomas

físicos e emocionais das mais diversas ordens, tais como: dificuldade de se relacionar socialmente na infância ou na vida adulta, dificuldade de se relacionar intimamente, risco de apresentar contágio por Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's.) e gravidez indesejada nas situações de violência sexual (Ministério da Saúde, 2010).

Ao discorrer sobre o estudo da construção do homem, “os fatores “externos” se vinculariam às variáveis ambientais e sociais” no processo de desenvolvimento da pessoa. Nesse sentido, é possível identificar o quanto as situações de violência vivenciadas ao longo do desenvolvimento ou em um determinado momento, ou fase da vida, pode ser danoso para sua formação enquanto ser individual e sua relação em sociedade (Miranda,1999).

Segundo o artigo 5º da Lei n.º 8069/1990, é proibido submeter qualquer criança ou adolescente à negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Qualquer ato que viole esses direitos fundamentais será passível de punição conforme a legislação vigente. Por outro lado, o art. 13 determina que, nos casos em que haja suspeita ou confirmação de castigo físico, tratamento cruel, degradante ou maus-tratos contra crianças ou adolescentes, é obrigatório comunicar essas situações ao Conselho Tutelar da localidade correspondente. Essa obrigação de notificação não exclui a possibilidade de tomada de outras medidas legais cabíveis (Brasil, 1990).

Diante das informações anteriores, destaca-se a importância da atuação das instituições que compõem o Sistema de Garantia de Direitos – SGD. Segundo o art. 1º da Resolução n.º 113, de 19 de abril de 2006, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), a organização da política de atendimento e ações no SGD far-se-á na articulação e integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos humanos da criança e do adolescente, nos níveis Federal, Estadual, Distrital e Municipal (Brasil, 2006) .

O Conselho Tutelar, as Delegacias, o Tribunal de Justiça, etc., são órgãos que compõem o eixo da defesa no SGD da Criança e do Adolescente, estando o Conselho Tutelar como um dos órgãos obrigatórios à comunicação das

situações suspeitas de maus-tratos sem prejuízo de outras providências legais (Brasil, 2006).

Além da comunicação dos fatos aos órgãos competentes, as crianças e os adolescentes em situação de violências, seguindo o fluxo de atendimento brasileiro, devem ser encaminhadas a um serviço de saúde, seja ele especializado no atendimento, ou qualquer outro da atenção básica, ou da média complexidade, que deverá providenciar a transferência para um dos serviços de referência na assistência especializada, favorecendo a aplicabilidade dos cuidados recomendados de tratamento e promoção da saúde. Em cada estado do Brasil devem existir hospitais de referência especializados que compõem o Sistema Único de Saúde, para o atendimento às crianças em situações de violação de direitos (Ministério da Saúde, 2010).

A promoção da saúde instituída no SGD e a proteção às crianças e aos adolescentes devem se fortalecer com base na elaboração dos Planos Estaduais de Enfrentamento da Violência contra Criança e Adolescente e pela Portaria de n.º 485 do Ministério da Saúde. Essa portaria regulamenta as ações dos serviços de referência voltados para a Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual. Ela estabelece diretrizes importantes, como o acolhimento, o atendimento humanizado, respeitando princípios como a dignidade da pessoa humana, a não discriminação, o sigilo e a privacidade, e a escuta qualificada, criando um ambiente de confiança e respeito. Além disso, a portaria detalha condutas e procedimentos que devem ser seguidos pela equipe multiprofissional das unidades de atendimento (Brasil, 2014).

Mesmo diante do marco legal de proteção à infância, das portarias e da implementação para os serviços de atendimento especializados, deve existir um processo de lutas constante pela manutenção e ampliação das políticas públicas para o segmento, reforçando a necessidade da integralidade nos atendimentos (SGD), com os Centros de Referência Especializados da Assistência Social – CREAS, os Centros de Defesa, as Delegacias, o Judiciário, dentre outras instâncias. Ademais, destaca-se, como uma medida preventiva, a importância do trabalho socioeducativo com as crianças, adolescentes e suas famílias, de

maneira individual e coletiva, com vistas à desconstrução da cultura da violência. (Mioto, 2009).

2 CONCLUSÃO

A partir do estudo da literatura pode-se considerar que ao longo dos anos ocorreram avanços na legislação nacional e nos tratados internacionais de proteção à infância e à adolescência, assim como na assistência à saúde de forma integral e acesso universal, através do Sistema Único de Saúde - SUS.

Importa que novos estudos que avaliem a implantação e o funcionamento destes serviços específicos ao enfrentamento dos impactos, primeiramente, da violência estrutural e que se apresentam como determinações sociais nas condições de saúde das crianças, adolescentes e seus familiares e nas expressões do patriarcado e do racismo que se acentuam mediante as desigualdades sociais, oriundas do modo de produção capitalista, no qual há acúmulo de riquezas para poucos em detrimento da exploração do trabalho da maioria.

É por intermédio deste condicionante, que surge a ocorrência de diversas violações aos direitos humanos. O campo saúde tem sido porta de entrada às mais diversas expressões de violência contra criança e o adolescente, no entanto, o enfrentamento a esta grave questão não se esgota, unicamente, mediante intervenção isolada.

Desse modo, ressalta-se a implementação de ações das gestões públicas nas três esferas do governo e nos três eixos específicos do SGD - controle social, promoção e defesa de direitos, com vistas à implementação dos acordos internacionais e de leis brasileiras, na perspectiva de atenuar e erradicar indicadores de violência contra a criança brasileira, proporcionando-lhes uma convivência comunitária, familiar de forma saudável, e, intransigentemente, na defesa dos direitos da infância e adolescência enquanto pessoas em desenvolvimento, sujeitos de direitos que necessitam de proteção.

3 REFERÊNCIAS

- Allonzi, A. M., Pontes, A. M. A., Silveira, A. C., Pontes, C. A., Simões, C. C., Carmo, E. H., ... Albuquerque, Z. P. (2002). *As condições de saúde no Brasil*. In J. B. Risi Junior & R. P. Nogueira (Eds.), *Caminhos da saúde pública no Brasil* (pp. 118-234). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Almeida, C. (1998). *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências de assistência médica suplementar* (IPEA, Texto para Discussão n. 599). Recuperado de http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0599.pdf.
- Bravo, M. I. S., (2001). *Política de Saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. Recuperado de http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.
- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). (2006). *Resolução nº 113 de 19 de abril de 2006*. Recuperado de <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/resolucao-conanda-no-113-de-19-de-abril-de-2006/>.
- Conselho Federal de Serviço Social. (2010). *Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais*. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social.
- Constituição da República Federativa do Brasil*. (1988). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- Côrtes N. (2006). *Descaminhos do método: notas sobre história e tradição em Hans-Georg Gadamer*. *Varia história*, 36 (22), 274-90.
- Decreto nº 9.710, de 31 de novembro de 1990*. (1990). Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm.
- Deslandes, S. F. (1994). *Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço*. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (1), 177-187. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500013>. Epub 29 Ago 2006. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500013>.
- Faleiros, V. P. (2005). *Abuso sexual de crianças e adolescentes: trama, drama e trauma*. *Serviço Social e Saúde*, 2(1), 65–82. DOI: 10.20396/sss.v2i1.8636441. Recuperado de <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8636441>.
- Lamamoto, M. V. (2005). *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional* (6.ed.). São Paulo: Cortez.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). *The world report on violence and health*. *The lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- Lei n.º 8.069*. (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069/1990. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

- Lei nº. 8.080. (1990). Lei Orgânica de Saúde. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Mattioli, D. D., & Oliveira, R. C. S. (2013). *Direitos humanos de crianças e adolescentes: o percurso da luta pela proteção. Imagens da Educação*, v. 3 (2), 14-26. Recuperado de <https://doi.org/10.4025/imagenseduc.v3i2.20176>
- Minayo, M. C. S. (2001). Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. Rio de Janeiro, *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife*, 1,(2),91-102. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1519-38292001000200002>
- Ministério da Saúde. (2006). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília, DF. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf
- Ministério da Saúde. (2010). *Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientações para gestores e profissionais de saúde*. Brasília, DF. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf.
- Miranda, M. G. (1999). Psicologia do desenvolvimento: o estudo da construção do homem como ser individual. *Educativa*, 2(1), 45-62.
- Mioto, R. C. (2009). Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. In CFESS, ABEPSS (Eds.), *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais* (pp. 497-512). Brasília: CEAD/UnB.
- Morelli, A. J. (2010). *Memórias da infância em Maringá: transformações urbanas e permanências rurais(1970/1990)* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Nogueira, V. M. R. & Mioto, R. C. T. (2009). *Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais*. In A. E. Mota et al. (Ed.), *Serviço Social e Saúde* (p.25). São Paulo, SP: Cortez.
- Organização das Nações Unidas. (2020). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Recuperado de <https://brasil.un.org/pt-br/91601-declara%C3%A7%C3%A3o-universal-dos-direitos-humanos>
- Porto, C. M. & Cabral, E. A. (1999). *Os principais avanços do estatuto da criança e do adolescente, em face da legislação anterior revogada*. Sistema de Garantia de Direitos: um caminho para a proteção. (p.392). Recife, PE: Cendhec, 1999.
- Portaria 485, de 1º de abril 2014. (2014). Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF Recuperado de

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html

Portaria 687, de 30 de março 2006. (2006). Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, DF. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.htmlhtm

Portaria 1.601, de 07 de julho 2011. (2011). Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, conforme a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html

Wanderlino, N. N., & Cabral, E. A. (1999). *O estatuto da criança e do adolescente, princípios, diretrizes gerais e linhas de ação*. Sistema de Garantia de Direitos: um caminho para a proteção. Recife, PE: Cendhec, 1999.