

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

GELMÁRIA RODRIGUES DE SOUZA

**A NEGLIGÊNCIA CONTRA CRIANÇAS NO ÂMBITO HOSPITALAR: UM DEBATE
A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL E DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE**

NATAL/RN
JUNHO 2017

GELMÁRIA RODRIGUES DE SOUZA

**A NEGLIGÊNCIA CONTRA CRIANÇAS NO ÂMBITO HOSPITALAR: UM DEBATE
A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL E DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Serviço Social, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Miriam de Oliveira Inácio.

NATAL/RN
JUNHO 2017

Catálogo da Publicação na Fonte.
UFRN / Biblioteca Setorial do CCSA

Souza, Gelmária Rodrigues de.

A negligência contra crianças no âmbito hospitalar: um debate a partir do serviço social e da determinação social da saúde / Gelmária Rodrigues de Souza. - Natal, RN, 2017.

65 f.

Orientadora: Profa. Dra. Miriam de Oliveira Inácio.

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

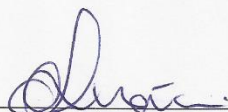
1. Negligência contra crianças - Âmbito hospitalar - Monografia. 2. Determinação Social - Monografia. 3. Serviço social - Monografia. 4. Saúde - Monografia. I. Inácio, Miriam de Oliveira. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

GELMÁRIA RODRIGUES DE SOUZA

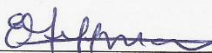
**A NEGLIGÊNCIA CONTRA CRIANÇAS NO ÂMBITO HOSPITALAR: UM DEBATE
A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL E DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Serviço Social, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 28/06/17

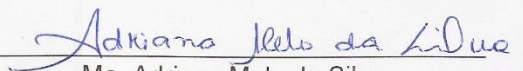


Prof.ª Dr.ª Miriam de Oliveira Inácio
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Orientadora



Prof.ª Dr.ª Edla Hoffmann

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Examinadora Interna



Ma. Adriana Melo da Silva
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Examinadora Externa

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, Dr^a. Miriam de Oliveira Inácio, por todas as orientações que me foram dadas. Agradeço ainda, pela paciência, dedicação, atenção e ensinamentos que possibilitaram que eu realizasse este trabalho e pudesse ter confiança para finalizá-lo.

Agradeço a minha Supervisora de Estágio, Adriana Melo da Silva por sua dedicação, orientação e paciência, pela troca generosa de conhecimentos, que contribuiu enormemente para a construção do meu objeto de estudo.

Agradeço a professora, Dr^a. Edla Hoffmann, pela oportunidade de fazer parte de seu grupo de pesquisa e dos inúmeros aprendizados proporcionados por essa experiência única e extremamente prazerosa.

Agradeço de forma especial ao meu pai Getúlio Mauricio de Souza e à minha mãe Maria do Carmo de Araújo Rodrigues de Souza, por não medirem esforços para que eu pudesse levar meus estudos adiante.

Agradeço de forma especial ao meu marido Josemar Rodrigues de Carvalho e a minha filha Maria Luiza de Souza Rodrigues, por estarem ao meu lado em todos os momentos dessa jornada.

Meus agradecimentos a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

De tempos em tempos os trabalhadores saem vitoriosos. Mas é um triunfo efêmero. O verdadeiro resultado de suas lutas não é o sucesso imediato, mas a união crescente. Ela é incentivada pela expansão dos meios de comunicação, produzidas pela grande indústria, que colocam os trabalhadores das mais diversas localidades em contato. Basta esta ligação para centralizar as numerosas lutas locais em uma luta nacional, em uma luta de classes. Toda luta de classes é, contudo, uma luta política.

K. MARX

F. ENGELS (2008, p, 23)

RESUMO

O presente estudo, ora intitulado “A atuação do Serviço Social na avaliação da negligência familiar de crianças sob a perspectiva das determinações sociais da saúde no contexto hospitalar”, busca problematizar o conceito de negligência e a interferência das reais condições de vida das famílias na capacidade protetiva das mesmas perante suas crianças. Partindo das inúmeras contradições que permeiam o fazer profissional e dos muitos dilemas vivenciados pelas Assistentes Sociais para identificar e notificar o Conselho Tutelar sobre as situações de negligência é que surgiu o interesse em aprofundar e problematizar esta temática, a qual objetiva avaliar a relação entre as notificações de negligência e as determinações sociais da saúde das famílias encaminhadas ao Conselho Tutelar pelo Serviço Social do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes (HPMAF), a fim de compreender como o contexto social das famílias, suas condições sociais e econômicas interferem na saúde das crianças. Desse modo, também buscou apreender a atuação do Serviço Social nas situações de negligência familiar e como o Conselho Tutelar tem acompanhado as famílias denunciadas no crime de negligência em razão de doenças relacionadas às precárias condições de vida. A pesquisa é do tipo qualitativa, de campo e documental. Os sujeitos de pesquisa envolvem 2 Assistentes Sociais e 1 Conselheiro Tutelar. Os dados foram coletados por meio da realização de pesquisas bibliográficas, documental, consulta ao diário de campo, relatório de estágio e aplicação de entrevistas direcionadas a duas Assistentes Sociais e um Conselheiro Tutelar. Os resultados da pesquisa sinalizam o modo como a negligência é compreendida pelos profissionais, bem como as dificuldades que essa temática apresenta na prática profissional contribuindo de forma significativa para o processo de apreensão das condições concretas de vida dos usuários do serviço de saúde do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes, propiciando a discussão sobre a conceituação da negligência no intuito de fortalecer esse debate em uma perspectiva crítica acerca da realidade institucional e das dificuldades enfrentados pelos profissionais na identificação de situações de negligência.

Palavras - chave: Determinação Social; Saúde; Negligência.

ABSTRACT

The present study, entitled "The performance of Social Service in the evaluation of family neglect of children from the perspective of social determinants of health in the hospital context", seeks to problematize the concept of neglect and the interference of the real living conditions of families in the capacity Protection of their children. Starting from the innumerable contradictions that permeate the professional practice and the many dilemmas experienced by the Social Wizards to identify and notify the Guardianship Council about the situations of negligence, it was the interest to deepen and problematize this thematic, which aims to evaluate the relationship between the notifications Of negligence and the social determinations of the health of the families sent to the Guardianship Council by the Social Service of the Pediatric Hospital Maria Alice Fernandes (HPMAF), in order to understand how the social context of families, their social and economic conditions interfere in children's health. In this way, it also sought to apprehend the work of the Social Service in situations of family neglect and how the Guardianship Council has accompanied the families denounced in the crime of neglect due to diseases related to the precarious living conditions. The research is qualitative, field and documentary. The research subjects involve 2 Social Assistants and 1 Guardianship Counselor. The data were collected through bibliographical research, documentary, field diary consultation, report of internship and application of interviews directed to two Social Assistants and a Guardian Adviser. The results of the research indicate how negligence is understood by the professionals, as well as the difficulties that this theme presents in professional practice contributing significantly to the process of apprehension of the concrete conditions of life of the users of the health service of the Pediatric Hospital Maria Alice Fernandes, Facilitating the discussion about the conceptualization of negligence in order to strengthen this debate in a critical perspective on the institutional reality and the difficulties faced by professionals in identifying situations of negligence.

Keywords: Social Determination; Cheers; Negligence.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 Região de Origem..... | 33 |
| Gráfico 2 Renda Familiar..... | 34 |
| Gráfico 3 Escolaridade dos responsáveis pela família | 35 |
| Gráfico 4 Parentesco do acompanhante | 37 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2. A QUESTÃO SOCIAL E SUAS EXPRESSÕES NAS VIOLAÇÕES DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES | 15 |
| 2.1 A QUESTÃO SOCIAL NO CAPITALISMO: PARTICULARIDADES NA REALIDADE BRASILEIRA..... | 15 |
| 2.2 A VIOLAÇÃO DE DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: EXPRESSÕES NA NEGLIGÊNCIA FAMILIAR..... | 25 |
| 2.3 AS EXPRESSÕES DA NEGLIGÊNCIA FAMILIAR NO SERVIÇO DE SAÚDE DO HOSPITAL PEDIÁTRICO MARIA ALICE FERNANDES (HPMAF)..... | 32 |
| 3 AS POLÍTICAS SOCIAIS VOLTADAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE NEGLIGÊNCIA | 39 |
| 3.1 AS INTERFACES DA CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ARTICULAÇÃO DO SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS A CRIANÇAS E ADOLESCENTES VITIMAS DE NEGLIGÊNCIA | 39 |
| 3.2 A INTER-RELAÇÃO ENTRE A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E AS NOTIFICAÇÕES DE NEGLIGÊNCIA FAMILIAR NO CONTEXTO HOSPITALAR..... | 48 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 54 |
| REFERÊNCIAS | 57 |
| APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA | 61 |
| ANEXO A - TCLE PARA MAIORES DE IDADE | 62 |
| ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA | 66 |

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho, ora intitulado “A negligência contra crianças no âmbito hospitalar: um debate a partir do serviço social e da determinação social da saúde”, busca problematizar o conceito de negligência e a interferência das reais condições de vida das famílias na capacidade protetiva das mesmas perante suas crianças. O interesse por essa temática surgiu durante a experiência vivenciada no Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes durante o ano de 2016, no curso das disciplinas obrigatórias de Estágio I e II.

Essa experiência proporcionou uma série de aprendizados a partir desse breve período em que passei por essa instituição na condição de estagiária junto a divisão de Serviço Social, que me proporcionaram uma rica aproximação com a dinâmica de trabalho desenvolvida nessa instituição pelas assistentes sociais.

A experiência promoveu uma maior aproximação com as diversas demandas que chegam para as profissionais, em especial as que me chamaram mais atenção foram as relacionadas a negligência familiar identificadas pela equipe médica, que avalia a negligência com base nas características de determinadas infecções, como é o caso da miíase¹, que são encaminhadas ao Serviço Social por se tratar de um “caso social” (expressão usada pela equipe médica e de enfermagem) e desse modo requer a intervenção do Assistente Social.

Partindo das inúmeras contradições do fazer profissional e dos muitos dilemas vivenciados pelas assistentes sociais para identificar e notificar o Conselho Tutelar sobre as situações de negligência é que surgiu o interesse em aprofundar e problematizar esta temática, “A negligência contra crianças no âmbito hospitalar: um debate a partir do serviço social e da determinação social da saúde”. A qual tem como objetivo geral avaliar a relação entre as situações suspeitas de negligência e as determinações sociais da saúde das famílias encaminhadas ao Conselho Tutelar pelo Serviço Social do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes – HPMAF. Mais especificamente busca compreender como as influências do contexto social das famílias, suas condições sociais e econômicas interferem na saúde das crianças, e ainda, apreender a atuação do Serviço Social nas situações de negligência familiar;

¹Miíase humana é uma ocorrência relativamente comum [...]. É bem mais frequente nos países subdesenvolvidos e tropicais, mas há casos descritos em todas as regiões do Planeta. Normalmente, afeta pacientes doentes [...], mas pode ocorrer em pacientes [...] saudáveis. As larvas depositam seus ovos em tecidos doentes e necróticos, mas podem fazê-lo em zonas do corpo aparentemente sãs (RIBEIRO; PEREIRA; ALVES; MARCON, 2001, p, 755).

e como o Conselho Tutelar tem acompanhado as famílias notificadas nos casos suspeitos de negligência em razão de doenças relacionadas às precárias condições de vida.

Cabe destacar que essa pesquisa foi iniciada em 2016 e encontra-se em conclusão. Contempla o universo de duas instituições de atendimento a crianças e adolescentes, o Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes e o Conselho Tutelar da cidade de Natal/RN, ambos situados na Zona Norte da cidade: a pesquisa é do tipo qualitativa, de campo e documental. Os sujeitos de pesquisa envolvem 2 Assistentes Sociais do HPMAF e 1 Conselheiro Tutelar do Conselho Tutelar da Zona Norte de Natal/RN. Os dados foram coletados por meio da realização, de pesquisas bibliográficas, documental, consulta ao diário de campo, relatório de estágio e aplicação de entrevistas semi-estruturada direcionadas aos sujeitos de pesquisa com o intuito de apreender como os profissionais lidam com a temática da negligência em seus espaços de atuação profissional.

Os dados da pesquisa foram coletados a partir das entrevistas sociais² aplicadas pela divisão do Serviço Social da instituição. O universo da pesquisa compreende a análise das entrevistas realizadas no primeiro semestre de 2016, o que representa quantitativamente 236 entrevistas.

Dessas uma amostra aleatória de 10% foi sistematizada e analisada entre os meses de janeiro a março de 2016. Nas entrevistas foram obtidos todos os dados referentes à renda, condição de moradia, acesso aos serviços de saúde, composição familiar, parentesco do acompanhante, idade do paciente, entre outros.

O público alvo dos serviços do hospital são crianças de 0 a 14 anos 11 meses e 29 dias que buscam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O HPMAF é uma instituição de portas “fechadas” e o ingresso no serviço só é possível por meio da regulação, que recebe o usuário do serviço que venha encaminhado por outras unidades de saúde para receber atendimento de urgência e emergência pediátrica.

Algumas categorias fundamentais foram escolhidas para auxiliar as análises do objeto de estudo e para que desse possa ser extraído suas múltiplas

² A partir das entrevistas sociais feitas pelo setor de Serviço Social foi possível a realização de um trabalho de tabulação e sistematização de dados das respostas colhidas nas fichas sociais dessa forma foi possível traçar o perfil das famílias dos usuários atendidos pelo HPMAF no ano de 2016.

determinações, tendo em vista que apreender a realidade é algo que requer sucessivas aproximações ao objeto de estudo com o real em um movimento que é dialético e nessa perspectiva é capaz de apontar as contradições constitutivas da vida social, Netto (2011). Para isso, a análise sustenta-se nas categorias fundamentais da perspectiva teórico-metodológica de Marx, como a totalidade, a historicidade, a contradição e a mediação. Essas categorias fundamentais auxiliarão na apreensão do movimento real da organização e reprodução das famílias inseridas em contextos de negligência, bem como da visão dos/as profissionais que atuam no atendimento a essas famílias.

Diante dessa realidade desafiadora e que exige do profissional a capacidade e responsabilidade de intervir diretamente na vida das famílias é que temos de ter a clareza do significado da negligência e de suas determinações macroestruturais, para que no exercício da profissão a prática não se caracterize no pragmatismo e em respostas imediatas que não aprofundam as reflexões sobre o real e desse modo, tendem a reproduzir uma lógica com uma forte tendência moralizadora diante dessas situações, na qual se responsabilizam unicamente as famílias, sem considerar de forma contundente suas condições sociais e de vida. A partir disso buscamos compreender em quais proporções a negligência está relacionada às profundas desigualdades associadas à pobreza.

A negligência pode ser entendida pela ausência de cuidados físicos, emocionais e sociais, mas também pode ser expressão de um desleixo propositadamente infligido em que a criança ou o adolescente não recebem os cuidados necessários às boas condições de seu desenvolvimento (SILVA, 2002).

Esse entendimento traz em si uma valoração negativa que reforça um olhar repleto de pré-conceitos. Portanto, o termo desproteção será considerado mais adequado no processo de apreensão da realidade em substituição ao conceito de negligência que está repleto de valores de cunho moralizador, conforme defende Berberian (2013).

Conforme o Art. 5º. do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) “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”.

A dimensão da obrigação de cuidar situa-se como um fato que preenche múltiplos aspectos da vida, que condicionam as famílias a reproduzir-se em um

contexto social de desamparo, violência e negação de direitos. Isso não significa concluir que em todas as situações onde a negligência é identificada, o agente atua com intenção de realizar, por isso, diante de situações como essas é imprescindível avaliar se conduta é realmente dolosa ou as circunstâncias são determinadas por fatores que extrapolam as condições pessoais das famílias em promoverem suas funções de cuidado.

No que tange ao Conselho Tutelar o ECA apresenta no Art. 136, onze incisos, nos quais apontam as atribuições que lhes compete. E uma delas é a seguinte: art. 136, II - atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando as medidas previstas no art. 129, I a VII, que trata das medidas aplicáveis aos pais ou responsáveis em situações que precisam ser encaminhadas a programa oficial ou comunitário de promoção à família; inclusão em programas de orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico, entre outros.

Na interpretação de Digiácomo (2013, p. 23), “Cabe ao Estado auxiliar e jamais substituir a família no desempenho de seu imprescindível papel no desenvolvimento saudável de uma criança ou adolescente”. E para isso é indispensável promover o fortalecimento do contexto sociofamiliar antes de tomar medidas radicais que possam resultar na perda da guarda ou na destituição do poder familiar.

E para isso se faz necessário garantir condições para que as famílias possam concretamente exercer sua função protetiva, por meio de uma política de proteção à família, preferencialmente através da atuação intersetorial das políticas de assistência social e de saúde, na qual a intervenção possa garantir ações que respeitem as peculiaridades das pessoas envolvidas, bem como, a autonomia da família.

Assim a presente pesquisa está dividida em quatro partes: a primeira a introdução. A segunda está subdividida em três subitens que abordam no primeiro a questão social e suas expressões nas violações dos direitos das crianças; no segundo a violação de direitos de crianças e adolescentes e as expressões da negligência familiar na contemporaneidade e no terceiro as expressões da negligência familiar no serviço de saúde do hospital pediátrico Maria Alice Fernandes.

A terceira parte está subdividida em dois subitens, que abordam as políticas sociais voltadas para crianças e adolescentes articulando com a contribuição do serviço social na garantia de direitos as vítimas de negligência e a última situa o debate em torno da temática das determinações sociais da saúde e como estas exercem influências sob as famílias denunciadas no crime de negligência em razão de doenças relacionadas às precárias condições de vida. E por fim a quarta e última parte traz as considerações finais da pesquisa.

Portanto, refletir sobre essa temática é de suma importância tendo em vista que avaliar as situações de negligência são demandas corriqueiras e complexas nos espaços sócio ocupacionais de atuação dos Assistentes Sociais na saúde, por essa razão a discussão crítica sobre os fundamentos que estão embasando a conduta profissional diante das análises dessas situações, tendo em vista que muitas famílias vivenciam o empobrecimento e as dificuldades de exercer as funções primordiais de proteção aos seus filhos.

2. A QUESTÃO SOCIAL E SUAS EXPRESSÕES NAS VIOLAÇÕES DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Este capítulo tem como objetivo principal apresentar uma breve contextualização da Questão Social no Capitalismo e as particularidades na realidade brasileira de pobreza e desigualdade social. Aborda a questão social e suas expressões nas violações dos direitos das crianças e adolescentes e as expressões na negligência familiar na contemporaneidade, a partir de uma perspectiva histórica e de totalidade social.

2.1 A QUESTÃO SOCIAL NO CAPITALISMO: PARTICULARIDADES NA REALIDADE BRASILEIRA

Essencialmente a compreensão da Questão Social no modo de produção capitalista se fundamenta no entendimento do processo de acumulação do capital, esse por sua vez, tem o objetivo de se apropriar da mais-valia no processo de produção das mercadorias.

A mais-valia representa o tempo de trabalho excedente não pago ao trabalhador durante a jornada de trabalho, nessa o tempo se desdobra em duas partes, a primeira é denominada tempo de trabalho necessário, no qual o

trabalhador produz o valor correspondente a sua reprodução; a segunda tempo de trabalho excedente, ou seja, tempo de trabalho não pago, é nesse segundo momento que a exploração do trabalho é apropriada pelo capital e pode ser identificada como a taxa de mais-valia (NETTO; BRAZ, 2012).

Essa é uma relação complexa que mascara a exploração deixando-a velada aos olhos dos trabalhadores, isso ocorre pela simplificação dos antagonismos de classe na sociedade burguesa na dinâmica das relações sociais que se estabelecem no modo de produção capitalista, a apropriação do trabalho excedente não se expressa abertamente como uma relação entre opressores e oprimidos, mas entre homens livres que por meio de um contrato compram e vendem a força de trabalho que se estabelece aparentemente numa relação de igualdade (MARX; ENGELS, 2008).

Nesse sentido conforme Netto; Braz (2012) cabe ressaltar que no modo de produção escravista o “excedente produzido pelo escravo lhe era subtraído mediante a violência, real e potencial” (NETTO; BRAZ. 2012, p. 79.). Nessas condições os homens não tinham direito nem controle sobre as próprias vidas, pois a relação que se estabelecia era entre o escravo e o seu proprietário.

Ainda conforme Netto; Braz (2012), posteriormente o modo de produção Feudal se estabelece na condição do trabalho servil e rural, no qual o servo e o senhor feudal estabelecem uma relação de compromissos mútuos; ao servo lhes é conferida a produção agrícola destinada ao autoconsumo do feudo e ao seu próprio; e ao senhor feudal cabia-lhe a concessão das terras e a proteção do feudo.

A nova ordem social e o fortalecimento de suas forças produtivas provocaram nas relações sociais que se estabeleceram a partir de então mudanças radicais. Uma delas é a instituição da propriedade privada, o que obrigou a saída de milhares de camponeses europeus das terras que cultivavam a gerações, os “cercamentos” das terras forçara-os a se desligar desse meio de produção para que eles se dispusessem a trabalhar em troca de um salário (SANTOS, 2012).

Entretanto esse desligamento com o campo não ocorreu de maneira imediata nem pacífica, a realidade que desponta traz em seu horizonte um rol de mecanismos coercitivos, entre os quais, podemos destacar dois conjuntos de legislações, um tinha o propósito de coibir a mendicância, a vadiagem e a ladroagem, já que estas acabaram por ser as maneiras de sobrevivência de uma parte, cada vez crescente, da população que não se adaptava aos moldes das manufaturas nascentes. O

segundo legitimava a intensa exploração do trabalho mantendo os baixos salários e a jornada de trabalho prolongada (SANTOS, 2012).

Entre estas legislações podemos citar como exemplo o estatuto dos aprendizes e dos trabalhadores, que previam punições aos empregadores que pagassem salários acima da taxa estabelecida legalmente, proibia também a organização dos trabalhadores, e de um modo geral esse conjunto de legislações dão sustentação jurídica ao processo de produção da mais-valia absoluta³ na fase de acumulação primitiva do capital (SANTOS, 2012).

A Inglaterra no século XIX vivencia os avanços tecnológicos da primeira Revolução Industrial com as inovações técnicas do tear e da máquina a vapor. E é a partir desse momento que o processo de pauperização da classe trabalhadora na Inglaterra e fora dela se tornam crescentes. Há nesse momento uma incoerência fundamental que se materializa nesse processo, que em tese deveria ser capaz de diminuir o tempo de trabalho, mas ao invés disso o que ocorre é justamente o contrário (SANTOS, 2012):

o que significa ter altas taxas de mortalidade por exaustão de trabalho quando as condições materiais do progresso científico, colocam na primeira vez na história da humanidade, a possibilidade de diminuir o tempo de trabalho socialmente necessário e, ao mesmo tempo, aumentar o volume da produção (SANTOS, 2012, p. 37).

Portanto, como a necessidade de valorização do capital se torna prioridade, é cada vez mais comum o trabalho de mulheres e crianças submetidas a extensas jornadas de trabalho, em média 16 horas por dia, em condições extremamente insalubres e impróprias a saúde. O ambiente fabril na Inglaterra nesse período consumia em poucos anos a força vital dos trabalhadores (SANTOS, 2012).

Nesse sentido Santos (2012) acrescenta que a população operária se aglomerava em centros urbanos em volta dos polos fabris, esse processo de urbanização se desencadeia sem infraestrutura adequada o que provoca altos índices de morbidade, mortalidade infantil e adulta, fome e baixos salários.

Essa realidade é fruto de uma contradição ineliminável do modo de produção capitalista que “a moderna sociedade burguesa, que surgiu do declínio da sociedade feudal, não aboliu as contradições de classe” (MARX; ENGELS, 2008, p.9), tais contradições traduzem-se nas mais significativas expressões da questão social no

³ “A mais-valia absoluta pode ser compreendida como o modo de ampliar o tempo de trabalho excedente com longas jornadas de trabalho sem alteração do salário” (NETTO; BRAZ, 2012, p. 121.).

período de sua gênese, conformando-se uma preocupação crescente tanto da classe operária quanto dos filantropos que pensavam estratégias para o enfrentamento dessas condições, que com o passar do tempo se aprofundam cada vez mais (IAMAMOTO, 2013).

E a lição que a revolução burguesa deixa a classe operária é que a prometida liberdade ao povo que lutou por suas causas não passou de uma ilusão e após ter se consolidado as novas estruturas de dominação para a maior parte da população, não restou outra saída a não ser submeter-se a substituição das novas condições de exploração proporcionadas pelo avanço do capitalismo. De outro lado, diante das condições que se gestavam para classe trabalhadora após a Revolução Industrial, alguns movimentos de resistência foram registrados, mas nada organizado a ponto de pôr em risco a nova ordem social estabelecida⁴ (SANTOS, 2012).

Em 1840, se acentua o movimento de insatisfação da classe trabalhadora motivada pelas privações decorrentes da baixa produtividade agrícola, associada ao alto custo da vida desencadeado pelos preços elevados dos alimentos e o desemprego. Todos esses fatores motivaram o proletariado Industrial a articular o movimento que culminou na revolução de 1848 (SANTOS, 2012).

A partir dessa breve exposição dos fenômenos que constituem o processo de surgimento do capitalismo podemos compreender a Questão Social como o resultado da exploração do trabalho pelo capital, pois “o operário moderno, ao invés de ascender com o progresso da indústria, afunda-se cada vez mais abaixo das condições de sua própria classe” (MARX; ENGELS, 2008, p.29).

Essa contradição deve-se a dominação da classe burguesa, que passa a orquestrar a direção contrarrevolucionária após os seus interesses de classe serem estabelecidos na ordem capitalista, materializando-se na concentração da riqueza socialmente produzida, apropriada nas mãos de poucos particulares, que tem no

⁴ O movimento ludita de destruição das máquinas representou a maneira dos trabalhadores se oporem ao novo cenário de exploração. Essa atitude desesperada não representou maior organização coletiva da classe operária, por outro lado, os capitalistas contavam com o apoio dos parlamentares para “instituir penalidades que poderiam chegar à pena de morte aos participantes que aderissem a esse tipo de protesto” (SANTOS, 2012, p.40). Ao passo que a exploração se aprofunda, outras formas de organização das lutas operárias surgiram. A luta sindical se fortalece, pois, a Revolução Industrial reuniu a classe trabalhadora na linha de produção e nos bairros operários. Em 1842, na Inglaterra o conjunto da classe trabalhadora realizou várias manifestações, entre elas, a greve geral de 1842, e o recolhimento de mais de 3 milhões de assinaturas em favor da “Carta do Povo” que reivindicava a democracia política, o sufrágio universal, entre outros. Desse movimento uma das conquistas da classe trabalhadora foi a regulamentação da jornada de trabalho para 10 horas (SANTOS, 2012).

trabalho assalariado a condição fundamental de existência do capital (MARX; ENGELS, 2008). Assim sendo, na contramão dos interesses burgueses, a classe proletária entra na luta pelo reconhecimento das suas demandas enquanto classe, o que dá origem ao reconhecimento da questão social, como afirma Iamamoto (2013), em seu estudo:

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão (IAMAMOTO, 2013, p. 84).

Diante da vivência dessas contradições, os trabalhadores experimentam ao longo do desenvolvimento capitalista, processos de pauperização absoluta e relativa. A pauperização absoluta registra-se quando há uma degradação geral das condições de vida da classe trabalhadora, queda do salário real, diminuição do padrão de moradia e alimentação, intensificação do ritmo de trabalho e aumento do desemprego. A pauperização relativa ocorre mesmo quando as condições gerais de vida dos trabalhadores melhoram, mas se caracteriza pela redução da parcela total do que é criado, enquanto a maior parte é apropriada pelo capitalista (NETTO; BRAZ, 2012).

Considerando os países capitalistas mais desenvolvidos, registrou-se, historicamente, uma maior ocorrência da pauperização absoluta no desenvolvimento do capitalismo até finais do século XIX; desde então até a oitava década do século XX, o que neles se observou foi, sobretudo a pauperização relativa (NETTO; BRAZ, 2012, p.148).

E é nessa lógica que o modo de produção capitalista em sua dinâmica desigual acumula a riqueza produzida socialmente pelo conjunto dos trabalhadores na mesma proporção que reproduz a pobreza, dito de outro modo, “a acumulação da miséria é proporcional à acumulação do capital” (IAMAMOTO, 2013, p. 69). Os reflexos dessas relações desiguais trazem em si um rol de problemáticas sociais que afetam as famílias da classe trabalhadora nas mais diversas dimensões da vida. Nessa direção, a pobreza é compreendida como produto das desigualdades sociais geradas no modo de produção capitalista, que produz múltiplas expressões da questão social.

Desse modo, as particularidades do capitalismo na sociedade brasileira serão analisadas a partir de uma breve consideração da formação sócio-histórica do país, no seu processo de colonização no contexto do desenvolvimento do capitalismo

mercantil em nível mundial, bem como nos desdobramentos que a fase do capitalismo dependente traz a formação social brasileira.

No Brasil podemos “associar a intensidade da pobreza à concentração de renda. [...] apesar de o Brasil ser um país com muitos pobres, sua população não está entre as mais pobres do mundo” (BARROS; HENRIQUES; MENDONÇA, 2000, p.126), o que leva a crer que a pobreza não está relacionada a escassez de recursos, mas a má distribuição dos mesmos. Dessa forma, é importante levar em conta as particularidades do processo de constituição das desigualdades sociais no contexto do Brasil, que procedem desde a colonização entre os séculos XVI e XIX até os dias atuais (BARROS; HENRIQUES; MENDONÇA, 2000).

Sobre a formação sócio-histórica brasileira Santos (2012) analisa a condição do Brasil como colônia de Portugal, o país foi visto como fornecedor de matéria-prima, de onde se extraíam vantagens dos recursos naturais e da exploração da mão de obra nativa quase que totalmente exterminada por esse processo brutal que provocava a extinção de traços da cultura indígena em quase todo o território do Brasil (SANTOS, 2012).

Esse processo foi responsável por disseminar a fome, a concentração de vastos territórios agricultáveis nas mãos de poucos indivíduos, a educação centrava-se nos centros urbanos mais desenvolvidos, e mesmo assim não se destinavam a toda a população, sendo um privilégio dos membros da elite no país. A coroa Portuguesa e os colonos que por aqui se instalaram agem sem fazer distinção entre os interesses públicos e privados no âmbito do Estado, esse comportamento foi responsável por introjetar um estado de privilégios a segmentos da classe dominante que se refletem até a contemporaneidade (SANTOS, 2012).

E é nesses moldes que o processo de colonização contribui para a acumulação primitiva do Capital no Brasil, que tem início com uma tendência de subordinação e dependência ao mercado mundial (BEHRING, 2011). A escravidão assume um peso central na formação histórica e social brasileira influenciando negativamente nas relações sociais que repercutem até os dias atuais, na cultura, na ética e essencialmente nas condições de vida e trabalho das populações de descendência africana. No Brasil, o desenvolvimento capitalista não se “operou contra o atraso, mas mediante a sua contínua reposição em patamares mais complexos, funcionais e integrados” (NETTO, 1996, p. 18 apud SANTOS, 2012, p. 95).

Ainda sobre essa contextualização da particularidade brasileira ao fim do período colonial o contexto econômico mundial já não admitia o colonialismo nos moldes escravocratas. A transição do capitalismo concorrencial para o Industrial, dependia da remoção das barreiras ao livre mercado para que a produção em larga escala, proporcionada pelos avanços científicos e tecnológicos da primeira Revolução Industrial, pudesse escoar para os mercados mundiais suas mercadorias.

Vale destacar que o interesse primordial da Inglaterra nesse momento estava em expandir o mercado consumidor internacional e o trabalho escravo retardava essa expansão. Por essa razão, a Inglaterra pressionou o Brasil a abolir o tráfico de escravos e conseqüentemente o trabalho escravo. Diante dessa imposição vários são os desdobramentos da economia nacional e nas relações de trabalho a partir dessa nova realidade (SANTOS, 2012).

Dessa forma, é importante considerar as particularidades da questão social no Brasil sobre o marco da escravidão, a qual estabelece fundamentalmente a estrutura de classe no país, bem como suas desigualdades sociais, pois não há como pensar a questão social sem os seus vínculos históricos, pois remonta do tempo da colônia contingente cada vez maior de indivíduos desocupados, que são excluídos do novo processo produtivo.

A escravidão no país da origem a um processo de desigualdade racial, que repõe a antiga relação de opressão entre senhor e escravo. Dessa forma, há uma atualização do binômio senhor e escravo, esse contingente de ex-escravos se tornará a parcela da população brasileira que mais sofrerá com as profundas desigualdades sociais no país (SANTOS, 2012).

Portanto, faz-se compreender a questão social na particularidade brasileira, como afirma Marida Iamamoto (2013, p.133): “a questão social, seu aparecimento, diz respeito diretamente à generalização do trabalho livre numa sociedade em que a escravidão marca profundamente o seu passado”.

A exploração desmedida e a condição degradante da classe operária no Brasil que se registram a partir da década de 1920 com a consolidação dos polos industriais colocam para as frações da classe dominante do país as terríveis condições do proletariado, sendo aquelas obrigadas a se posicionarem em torno da “questão social”, compreendida como o reflexo da entrada da classe operária no cenário político com o intuito de buscar o reconhecimento dos seus interesses (IAMAMOTO, 2013).

As condições de existência do proletariado industrial do início do século XX no Brasil, que se aglomeravam em centros urbanos em casas que não dispunham de abastecimento de água, fornecimento de energia nem coleta de esgoto, caracterizavam as péssimas condições de moradia desses segmentos. Grande parte das empresas e suas instalações funcionavam em precárias condições de higiene e segurança, o que tornava os acidentes de trabalho uma constante realidade (IAMAMOTO, 2013). Nesse contexto, ocorre a superexploração da jornada de trabalho:

o preço da força de trabalho será constantemente pressionado para baixo pela progressiva constituição de um relativamente amplo exército industrial de reserva. A pressão salarial força a entrada no mercado de trabalho das mulheres e das crianças de ambos os sexos em idade extremamente prematura, o que funcionará também como mecanismo de reforço ao rebaixamento salarial (IAMAMOTO, 2013, p. 137).

Iamamoto (2013), ainda destaca que é cada vez mais comum nesse período mulheres e crianças se submeterem a extensas jornadas de trabalho, que variavam de 10 a 14 horas por dia dependendo do segmento laboral. Nesse sentido, podem ser observadas a negação de direitos e a exploração da classe trabalhadora que para sobreviver só terá como recurso imediato a venda da força de trabalho:

contará apenas com a venda diária da força de trabalho, sua e de sua mulher e filhos. Não terá direito a férias, descanso semanal remunerado, licença para tratamento de saúde ou qualquer espécie de seguro regulado por lei [...]. Não possuirá garantia empregatícia ou contrato coletivo, pois as relações no mercado de trabalho permanecem estritamente no campo privado, constituindo contrato particular entre patrão e empregado, regido pelo Código Civil. (IAMAMOTO, 2013, p. 138).

Conforme Iamamoto (2013), essas condições coloca a classe operária diante de uma opção imprescindível, a de organização do proletariado em defesa de seus interesses⁵, como as melhorias das condições de trabalho e assalariamento, pois em uma sociedade patrimonialista de raízes escravocratas esses trabalhadores seriam

⁵ As lutas reivindicatórias centravam-se na duração da jornada de trabalho, na proibição do trabalho infantil e regulamentação do trabalho da mulher e de menores, no direito a férias, no seguro contra acidentes e doenças e no reconhecimento de suas organizações representativas. Embora tais reivindicações tenham sido atendidas, isso não se estende para a totalidade dos trabalhadores no Brasil. Por meio da formulação de leis de proteção ao trabalho no ano de 1926, o Estado passa a intervir na regulação das relações de trabalho por meio da lei de férias, acidentes de trabalhos, do código de menores, trabalho feminino entre outros (IAMAMOTO, 2013).

considerados “cidadãos de segunda linha, com direito apenas a resignação” (IAMAMOTO, 2013, p. 138).

De acordo com Montano (2012), a aplicação desse rol de legislações não se estende ao conjunto dos trabalhadores, pois se limita a setores específicos e extremamente necessários da economia brasileira naquele momento. Esses setores se restringiam aos ferroviários, marítimos e portuários, segmentos vitais às ações agroexportadoras do país. Nesse momento o Estado não reconhecerá a existência da questão social como uma problemática que necessite de sua intervenção de maneira generalizada, o que representa que “a pobreza é atribuída a causas individuais e psicológicas, jamais a aspectos estruturais do sistema social” (MONTANO, 2012, p.274).

Por essa razão as reivindicações da classe trabalhadora por muito tempo não foram incorporadas pelo Estado como parte integrante dos direitos sociais e por isso, as soluções pensadas para conter as expressões da questão social se desdobravam por via da repressão social ou da caridade, essa sobretudo, da Igreja Católica. Mas como afirma Iamamoto (2013), não há como a dinâmica do capital sustentar a obtenção do consenso social unicamente pela violência, é necessário recorrer a outros mecanismos para que a unidade na aceitação da ordem do capital não seja rompida.

Para isso, mecanismos normativos são estrategicamente utilizados para reduzir o nível de tensão social que permeia as relações antagônicas entre a classe burguesa e a proletária. Assim, configura o Estado como um instrumento de dominação, que por hora, a burguesia exerce o controle hegemonicamente na difusão e fortalecimento dos seus interesses e de sua ideologia dominante, que se estendem nas representações materiais e abstratas que permeiam todas as esferas da vida social, tanto em âmbito privado como público das relações sociais estabelecidas no modo de produção capitalista (IAMAMOTO, 2013).

A partir dessa ótica no contexto de 1940-50 há uma significativa inserção de Assistentes Sociais que se institucionaliza em setores estatais “na sociedade brasileira como um dos mecanismos acionados pelo Estado e pelo patronato, em sua intervenção reguladora frente à emergente questão social no país” (YAZBEK, 2010, p. 01). E é nesse enfrentamento diário que o Assistente social traça a sua trajetória histórica de atuação no Brasil.

Portanto, concebida essa breve contextualização da questão social e suas expressões no país, é que penso ter elementos suficientes para compreender como as violações de direitos de crianças e adolescentes se caracterizam como uma das múltiplas expressões da questão social no capitalismo.

Pensar a questão social no processo de reprodução das relações sociais no capitalismo é pensar nos desdobramentos dessas relações, nas condições de vida da classe proletária e como isso se expressa no processo da violação dos direitos das crianças ao longo da constituição do modo de produção capitalista no Brasil e que, por consequência, se desdobraram nas mais diversas formas de negligência.

A classe proletária ao longo de sua formação foi e continua sendo subjugada aos interesses mais perversos do sistema capitalista, porque disso depende a sua subsistência e de seus familiares e principalmente a continuidade do próprio sistema capitalista.

A superexploração do trabalho e os baixos salários que se registra no início do processo de industrialização brasileiro obrigava as famílias operárias a incentivar a entrada de todos os membros da família no mercado de trabalho, pois os rendimentos eram tão baixos que mal dava para subsistência, o que explica a existência de mulheres e crianças operárias de até cinco anos nos ambientes fabris e dos castigos físicos aplicados aos aprendizes (IAMAMOTO, 2013).

Em 1943 a Consolidação da Lei do Trabalho (CLT) é outorgada pelo presidente Getúlio Vargas, sob forte pressão popular esse feito muda consideravelmente a condição legal sobre o trabalho de crianças e adolescentes no país. Por meio do decreto nº. 5. 452 de maio de 1943 é aprovada e estabelecida na CLT as condicionalidades para o trabalho exercido por menores de dezesseis anos expresso no artigo abaixo:

Art. 403. É proibido qualquer trabalho a menores de dezesseis anos de idade, salvo na condição de aprendiz, a partir dos quatorze anos. Parágrafo único. O trabalho do menor não poderá ser realizado em locais prejudiciais à sua formação, ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social e em horários e locais que não permitam a freqüência à escola (DECRETO - LEI, Nº 5.452, 1/MAI. /1943).

Até então nenhuma outra legislação versou expressamente sobre a proibição do uso da força de trabalho infantil e da obrigatoriedade da frequência escolar para os adolescentes que exercerem atividades remuneradas na condição de aprendiz, o

que representou um passo importante na garantia dos direitos infanto-juvenil no país.

Entretanto, a realidade do trabalho infantil ainda permanece na atualidade, a condição de pobreza e a falta de acesso a direitos sociais básicos. Tal cenário configura uma das expressões da questão social na contemporaneidade, demarcando um conjunto de violações de direitos de crianças e adolescentes. Desse modo, no item a seguir a negligência será problematizada em uma perspectiva de totalidade, na qual serão levadas em consideração o contexto familiar interno, mas sobretudo, as determinações macrossociais que potencializam os efeitos da negligência familiar, como os fatores sociais que determinam a saúde, os políticos, os econômicos e jurídicos que dificultam a promoção dos cuidados necessários aos filhos de modo geral (BERBERIAN, 2013; SANTORO, 2002).

2.2 A VIOLAÇÃO DE DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: EXPRESSÕES NA NEGLIGÊNCIA FAMILIAR

A promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 é um marco legal importantíssimo na garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes em um país como o Brasil, que historicamente ocupa sempre as primeiras posições no ranking dos países com maiores desigualdades sociais e de distribuição de renda listados pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Após a consolidação da CF/1988 o Estado passa a reconhecer as crianças e os adolescentes como sujeitos de direito em condição peculiar de desenvolvimento conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aprovado em 1990. O ECA assegura a proteção integral para o pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social.

E para isso, o poder público garantirá por meio de diversas políticas que crianças e adolescentes tenham os seus direitos fundamentais garantidos, entre eles, estão o direito à vida, a saúde, a alimentação, a educação, ao esporte, ao lazer, ao convívio familiar e comunitário, não podendo ser aquelas, objeto de nenhuma forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, seja por ação ou omissão (ECA, 1990).

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 (ECA,1990, art. 5º).

Nesse contexto há a implantação de órgãos e mecanismos de proteção especializados para receber denúncias e atender crianças e adolescentes vítimas de alguma violação de direitos, sendo o Conselho Tutelar o órgão de defesa prioritário, o qual se estabelece na maioria das situações como o primeiro acesso na rede de proteção. Os demais são: o Ministério Público Estadual, as Delegacias Especializadas de Proteção à Criança e ao Adolescente, órgãos de saúde e delegacias das polícias Civil, Militar, Rodoviária Federal, Polícia Federal e Defensoria Pública.

A Justiça da Infância e Juventude é encarregada de aplicar a lei para solução de conflitos relacionados aos direitos da criança e do adolescente. Essa rede de proteção que se estabelece tem a finalidade de garantir por meio de um conjunto articulado de ações, serviços e programas que buscam promover a proteção e a redução de situações de violações de direitos e seus agravamentos a crianças e adolescentes.

Essas violações podem se expressar nas situações de violência social, física, sexual, psicológica e na negligência. Essa última, em geral é compreendida como atos de omissão ou falha do adulto em exercer a sua função protetiva para com as criança e adolescentes.

Essa definição em si apresenta em linhas gerais o que é a negligência, mas não é capaz de explicar as contradições que envolvem as complexas relações e condições sociais das famílias em contexto de negligência. Para situar essa temática é importante ter clareza do que é a negligência e da perspectiva adotada para identificar situações de negligência.

Assim sendo, a negligência pode ser entendida pela ausência de cuidados físicos, emocionais, educacionais e sociais, mas também pode ser expressão de um desleixo propositadamente infligido em que a criança ou o adolescente não recebem os cuidados necessários às boas condições de seu desenvolvimento (SILVA, 2002).

Isso não significa concluir que em todas as situações onde a negligência é identificada, o agente atua com intenção de realiza-la. Por isso, diante de situações como essas, é imprescindível avaliar se a conduta é realmente dolosa ou as circunstâncias são determinadas por fatores que extrapolam as capacidades

personais das famílias em promoverem suas funções de cuidado (Azevedo; Guerra, 1998).

Conforme os dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), divulgados entre os anos de 1994 a 2004 revela que a negligência esteve entre os tipos de violência contra crianças e adolescentes que mais foram notificadas aos órgãos de proteção no Brasil durante esse período.

Costa et al. (2007), afirma em sua pesquisa que trata do perfil da violência contra crianças e adolescentes, que durante o período de 2003-2004 a violação de direito notificada ao Conselho Tutelar com mais frequência foi a negligência contabilizando (727) notificações. Ainda conforme a autora a omissão de cuidados básicos assumiu o segundo lugar nessa frequência totalizando a marca de (304) notificações. Esses dados foram divulgados pelos Conselhos Tutelares (I e II) de Feira de Santana na Bahia.

Fuziwara (2013) aponta que no Estado de São Paulo, de 2010 a 2013 conforme dados do Ministério da Justiça, por meio do Disque 100, mais de 128 mil crianças e adolescentes foram vítimas de maus tratos e agressões. Deste total, 68% das denúncias envolvendo crianças e adolescentes estavam relacionadas a negligência.

No que consiste ao ambiente hospitalar, a identificação de negligência está predominantemente associada a doenças e infecções negligenciadas, que muitas vezes estão relacionadas às condições sociais e econômicas das famílias encaminhadas ao Conselho Tutelar.

Além desse, outro desafio ao tratar dessa temática está na dissociação entre os aspectos que diferenciam a negligência e a pobreza, pois como afirma Pasian et al. (2013, p. 64), “na medida em que, na prática, num país com uma estrutura socioeconômica como a do nosso, as duas problemáticas muitas vezes se confundem”, elevando a complexificação da caracterização da negligência nas circunstâncias em que a família se encontra impossibilitada por inúmeros fatores de prover com dignidade os cuidados essenciais ao desenvolvimento saudável de seus filhos.

Assim sendo, a negligência é parte de um contexto mais amplo resultante da dinâmica estabelecida entre várias dimensões da vida, tais como, as econômicas, sociais, comunitárias e pessoais (PASIAN, et al 2013), que para compreendermos

faz-se necessário situar a trajetória histórica que determina materialmente as condições de vida das famílias no contexto brasileiro.

Segundo a perspectiva do direito, a negligência pode ser compreendida como “atos de omissão, cujos efeitos podem ser negativos, falha do adulto em desempenhar seus deveres em relação a crianças e adolescentes, incluindo os de supervisão, alimentação e proteção” (BRASÍLIA, 2013, p.02).

A negligência segundo Santoro (2002), é uma das formas de maus tratos a crianças e adolescentes, sendo essa um “ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento, desde que, o responsável pela criança possa prover aquelas necessidades” (SANTORO, 2002, p.279).

Nessa perspectiva, o autor aponta para uma série de características que devem ser levadas em consideração para se identificar a negligência no rol dos atos que se classificam como maus tratos, entre elas estão “a intencionalidade do ato; os valores sociais; o conhecimento científico; a cultura onde o fenômeno ocorre” (SANTORO, 2002, p.279).

Essas referências nos permitem ter um olhar mais qualificado sobre situações que podem pôr em risco a vida das crianças. O que leva a crer que muitas vezes as situações de negligência não são intencionais, embora ofereçam um risco potencial a vida das crianças.

Durante a experiência de estágio I em Serviço Social no Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes pude presenciar um atendimento feito pelo Serviço Social a uma avó que se encontrava na instituição, no acompanhamento de um bebê de três meses. A mesma relatava para a Assistente Social de plantão a grande preocupação com o estado de saúde da criança e com os cuidados que a mesma recebeu ao viajar com a genitora para o interior do Estado.

A avó afirma: “[...] nessa viagem de vinte e dois dias o bebê ficou doente e perdeu peso, ele não mama no peito, a mãe não tem leite, mas o médico passou o leite NAN, eu comprei três latas pra [SIC] ela levar e quando o leite acabou o menino foi alimentado com leite de cabra, com leite de vaca e adoeceu e ainda disseram pra mãe que o menino estava assim porquê ela não deu leite de burra [...]”⁶

⁶ Relato registrado em diário de campo. Estágio Curricular em Serviço Social I, no Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes 2016.1.

No interior é comum respeitar o que os mais velhos dizem, mesmo sem fundamento científico algum, o que acaba por reproduzir uma série de comportamentos naturalizados nos convívios familiares, pois certamente seus pais, avós e até ela própria foram alimentadas dessa forma e sempre apresentaram boa saúde.

Nessa situação esse bebezinho não teve a mesma sorte, a criança adquiriu uma infecção intestinal e por consequência, desenvolveu um quadro de desnutrição, o que, para alguns, caracterizam como negligente a conduta da mãe.

Se essa análise for reducionista, a primeira atitude será condenar essa mãe, que certamente não teve essa intenção, agiu sob força de uma cultura fortemente enraizada na sabedoria popular, principalmente pelas pessoas que vivem no interior e tem menos acesso a informações e assistência médica de qualidade. A dimensão da obrigação de cuidar situa-se como um fato que preenche múltiplos aspectos da vida, diversos contextos culturais, sociais e econômicos e, portanto, merece uma intervenção capaz de visualizar para além do horizonte imediato na tentativa de oferecer respostas que sinalizem para a garantia de direitos nos núcleos familiares.

Na interpretação de Digiácomo (2013, p. 23), “Cabe ao Estado auxiliar e jamais substituir a família no desempenho de seu imprescindível papel no desenvolvimento saudável de uma criança ou adolescente”. E para isso é indispensável promover o fortalecimento de vínculos no contexto sociofamiliar antes de tomar medidas radicais que possam resultar na perda do poder familiar.

No esforço de compreendermos essas múltiplas nuances que permeiam o tema da negligência, o primeiro exercício é desconstruir a valoração negativa que este termo carrega em si, que reforça os pré-conceitos sobre as questões identificadas como negligência.

Para isso, Berberian (2013) opta por não fazer uso desse termo por considerá-lo inadequado e repleto de valores de cunho moralizador, sendo recomendado o uso do termo desproteção, por não trazer no sentido essa carga imbuída de julgamento de valor. E é nessa perspectiva que a abordagem da negligência será adotada no presente estudo:

Entendendo que para as demandas de “situações de negligência” a intervenção do assistente social deva ser direcionada para a identificação de possíveis violações de direitos, avaliamos que o termo desproteção atinja seu intento de forma satisfatória. Isso porque esse termo não se baseia em nenhum pré-julgamento em

relação ao agente, ou seja, não discute o seu perfil moral, e sim, as condições reais que interferiram para uma dada situação (BERBERIAN, 2013, p. 133)

Para compreendermos ligeiramente as determinações macrossociais que podem potencializar a negligência e os seus desdobramentos levamos em consideração os levantamentos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que trazem dados da realidade sobre as condições sociais e econômicas da população brasileira: os estudos realizados entre os anos de 1981 a 1988 revelaram as precárias condições de vida de crianças e adolescentes (0 a 17 anos) no Brasil, as quais, 52,6% da população infanto-juvenil vivia em famílias cuja renda mensal é de até 1/4 de salário mínimo, 62,3% das crianças e adolescentes pretas e pardas residem em famílias nitidamente mais pobres com rendimento mensal per capita de até 1/2 salário mínimo (IBGE, 1987., p. 16).

Com o passar dos anos a situação das famílias de um modo geral tem apresentado melhoras em comparação com as décadas de 1980, sobretudo a partir dos anos 2000. A pesquisa do IBGE realizada em 2012 revela que os domicílios urbanos com rendimento mensal per capita de até meio salário mínimo representavam 17,1% no conjunto do País, sendo que no Nordeste, esse percentual foi de 32,9%. Já a concentração de renda, que é um fator determinante nas desigualdades entre a população do país, não diminuiu significativamente entre os anos de 2002 e 2012 e os indicadores de rendimentos das famílias mostram que os 10% mais ricos tinham um rendimento médio 12,6 vezes superior ao rendimento dos 40% com menores rendimentos em 2002, essa razão foi de 16,8 (IBGE, 2012).

No âmbito econômico o processo de exploração se expressa nos indicadores de renda, o que evidencia a imensa desigualdade social estabelecida na sociedade brasileira, que vem se intensificando com os processos de contrarreformas do Estado, que se destinam a reduzir os direitos e garantias sociais, com a pretensão de fortalecer e legitimar o projeto do capital monopolista, representado pelo Estado mínimo na esfera social (NETTO; BRAZ, 2012).

A concentração de renda no país é responsável pela socialização da pobreza na medida em que o Estado por meio de suas políticas não é capaz de promover a partilha da riqueza produzida coletivamente e apropriada por oligarquias

financeiras⁷. Com isso, as ações de valorização do trabalho e universalização dos Direitos Sociais previstas pelo artigo 6º da CF/1988 são relegadas em último plano pelo Estado, o que condicionam as famílias a reproduzirem-se num contexto social de desamparo, violência e negação de direitos:

A atual desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais desloca a atenção à pobreza para a iniciativa privada ou individual, impulsionada por motivações solidárias e benemerentes, submetidas ao arbítrio do indivíduo isolado e ao mercado e não à responsabilidade pública do Estado, com claros chamamentos à sociedade civil. [...] A contrapartida tem sido a difusão da ideia liberal de que o “bem-estar social” pertence ao foro privado dos indivíduos, famílias e comunidades (IAMAMOTO, 2009, p.22).

Diante dessa conjuntura de descompromisso do Estado em investir em políticas públicas que auxiliem no combate às desigualdades sociais, intervir sobre as situações de negligência não tem sido uma tarefa fácil, pois muitas famílias não se encontram em condições concretas de exercer sua função protetiva, porque o conjunto de direitos econômicos, políticos, sociais, culturais e ambientais são submergidos pela lógica do capital financeiro que promove a mercantilização dos direitos sociais, como bem afirma Iamamoto (2009, p. 22):

O capital financeiro ao subordinar toda a sociedade impõe-se em sua lógica de incessante crescimento, de mercantilização universal. Ele aprofunda desigualdades de toda a natureza e torna paradoxalmente invisível o trabalho vivo que cria a riqueza e os sujeitos que o realizam. Nesse contexto, a “questão social” é mais do que pobreza e desigualdade. Ela expressa a *banalização do humano*, resultante de indiferença frente à esfera das necessidades das grandes majorias e dos direitos a elas atinentes. [...] Por outro lado, as múltiplas manifestações da questão social, sob a órbita do capital, tornam-se objeto de ações filantrópicas e de benemerência e de “programas focalizados de combate à pobreza”, que acompanham a mais ampla privatização da política social pública, cuja implementação passa a ser delegada a organismos privados da sociedade civil, o chamado “terceiro setor”. Ao mesmo tempo expande-se a compra e venda de bens e serviços, alvo de investimentos empresariais que avançam no campo das políticas públicas.

⁷ “Oligarquias financeiras se constitui de um pequeno círculo de homens (e umas poucas mulheres) que conduzem a concentração do poder econômico e uma enorme concentração do poder político” (NETTO; BRAZ, 2012, p. 236).

Dentro dessa lógica, o atendimento as situações de negligência por meio de uma política de proteção à família, preferencialmente através da atuação intersetorial das políticas de assistência social e de saúde são necessárias.

Deve garantir ações que respeitem as peculiaridades das pessoas envolvidas, bem como a autonomia da família, que vem se fragilizando cada vez mais em razão da precarização dos serviços assistenciais exercidos em meio a lógica de desmonte dos direitos sociais vivenciados atualmente nos diversos espaços sócio ocupacionais do Assistente Social.

E é na dinâmica do espaço institucional do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes que as múltiplas expressões da questão social se expressam nas demandas trazidas pela população usuária do serviço e que muitas dessas situações à primeira vista são classificadas como negligência familiar, decorrente das determinações próprias das desigualdades da sociabilidade do capital assunto a ser apresentado no próximo item.

2.3 AS EXPRESSÕES DA NEGLIGÊNCIA FAMILIAR NO SERVIÇO DE SAÚDE DO HOSPITAL PEDIÁTRICO MARIA ALICE FERNANDES (HPMAF)

O propósito deste tópico é estabelecer um panorama geral das condições sociais da população usuária do serviço de saúde do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes (HPMAF), que se encontra localizado no Bairro Nossa Senhora da Apresentação na Zona Norte da cidade de Natal/RN, o hospital atende em sua maioria crianças e adolescentes de 0 a 15 anos de todas as regiões do Estado.

Os dados aqui apresentados foram coletados a partir das entrevistas sociais⁸ aplicadas pela divisão do Serviço Social da instituição. O universo da pesquisa compreende a análise das entrevistas realizadas no primeiro semestre de 2016, o que representa quantitativamente 236 entrevistas.

Dessas uma amostra aleatória de 10% foi sistematizada e analisada entre os meses de janeiro a março de 2016, totalizando 23 entrevistas analisadas. Nas entrevistas foram obtidos todos os dados referentes à renda, condição de moradia,

⁸ A partir das entrevistas sociais feitas pelo setor de Serviço Social foi possível a realização de um trabalho de tabulação e sistematização de dados das respostas colhidas nas fichas sociais dessa forma foi possível traçar o perfil das famílias dos usuários atendidos pelo HPMAF no ano de 2016.

acesso aos serviços de saúde, composição familiar, parentesco do acompanhante, idade do paciente, entre outros.

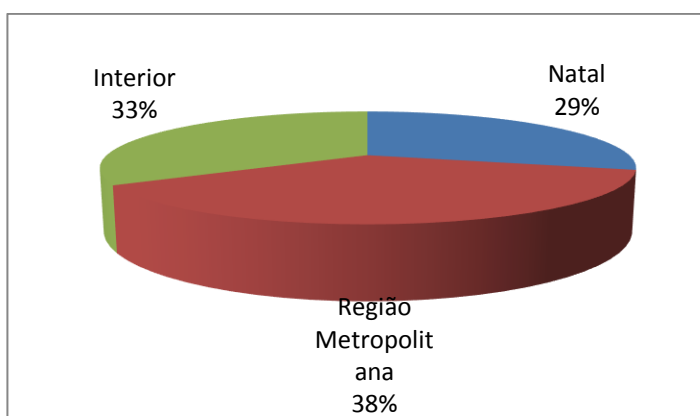
O público alvo dos serviços do hospital são crianças de 0 a 14 anos 11 meses e 29 dias que buscam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O HPMAF é uma instituição de portas “fechadas” e o ingresso no serviço só é possível por meio da regulação, ou seja, só recebe o usuário que venha encaminhado por outras unidades de saúde para receber atendimento de urgência e emergência pediátrica.

Foi constatado durante a sistematização e análise dos dados que a maioria das crianças que chegaram até o hospital pediátrico durante o período analisado tinham idades entre 6 e 10 anos, sendo 71% do sexo masculino.

A maioria dos atendimentos realizados são com famílias residentes no interior do Rio Grande do Norte e nos municípios que formam a região metropolitana de Natal ilustrados no gráfico 1.

Observamos dessa forma que a maioria das pessoas atendidas precisaram se deslocar grandes distâncias para acessar o serviço de saúde, o que revela a precarização dos serviços de saúde fornecidos a população que reside no interior do Estado e que se vê obrigada a buscar atendimento longe de sua localidade.

Gráfico 1 Região de Origem



FONTE: COSTA; SOUZA, (2016).

Esses usuários enfrentam diversos dilemas até finalmente acessarem os serviços de saúde. O primeiro deles é não contar com assistência médica de qualidade que atendam às suas necessidades na região onde residem.

Em um segundo momento, a distância se torna uma barreira tanto para vir em busca de assistência médica como para voltar ao seu domicílio, isso porque muitas

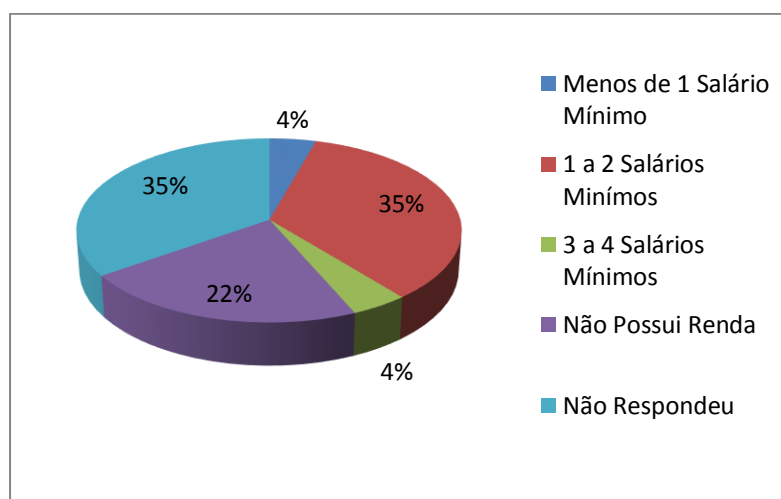
famílias não têm condições de se deslocarem para a capital, o que demanda aos municípios distantes a disponibilização de auxílio transporte as famílias que não tem condições de arcar com esse custo.

Cerca de 35% das famílias que acessam o serviço do HPMAF tem renda na faixa entre 1 e 2 salários mínimos. Outro número bastante expressivo é o daquelas que não possuem renda, totalizando 22% das amostras, 4% recebem menos de 1 salário.

Dessa forma, cerca de 61% dos usuários ganham abaixo do satisfatório para prover condições ideais do sustento familiar. Os núcleos familiares em sua maioria são compostos por grupos de 4 a 8 pessoas residentes em uma mesma casa, com renda familiar mensal que variam de ($\frac{1}{4}$) a ($\frac{1}{2}$) de salário mínimo.

A maioria das pessoas ou está inserida no mercado de trabalho por meio de vínculos precários de trabalho, como autônomos. Ou possuem vínculos empregatícios com empresas privadas e há ainda aqueles que não possuem qualquer vínculo empregatício.

Gráfico 2 Renda Familiar

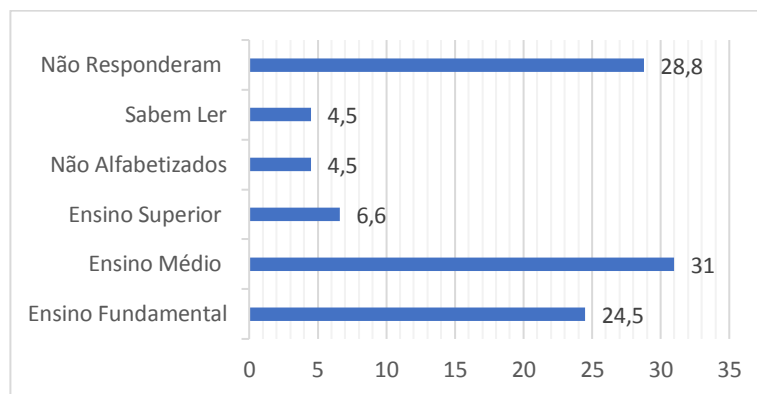


FONTE: SOUZA; COSTA (2016).

Com relação ao grau de escolaridade a maioria das pessoas haviam cursado o nível médio (31%), o fundamental completo (24,5%). Além disso, cerca de 4,5% dessas pessoas não são alfabetizadas e outras 4,5% sabem ler, mas nunca frequentaram a escola.

Dessa forma, o total das pessoas que sabem ler (4,5%) mais o total das que não são alfabetizadas (4,5%) marcam a soma de (9%) dado que revela um baixo nível de escolarização entre a população usuária do serviço.

Gráfico 3 Escolaridade dos responsáveis pela família



FONTE: SOUZA; COSTA (2016).

Esse baixo grau de instrução muitas vezes se reflete nos cuidados com a saúde, isso porquê, a compressão dos cuidados a serem seguidos no tratamento e após a intenção, muitas vezes não ficar claro justamente pelo baixo grau de alfabetização das cuidadoras dessas crianças.

Algumas mães não sabem ler o que possivelmente compromete a compreensão dos receituários médicos para finalização do tratamento em casa, isso traz reflexos negativos para tratamento que pode ser administrado incorretamente e causar reincidências nas internações.

Sobre as crianças que fazem parte dessas famílias a maioria se encontrava frequentando a escola ou a creche, as que não acessavam esse serviço tinham idade de 1 ano ou menos e outras não deram resposta à questão.

Barata (2009) em seu estudo sobre as desigualdades sociais em saúde aponta o nível de escolaridade de um grupo como um bom indicador a ser usado isoladamente ou em conjunto com a ocupação laboral, tanto para marcar a posição social do sujeito como para indicar o nível de instrução do mesmo e a possibilidade dele em compreender e aplicar corretamente informações técnicas e que o baixo grau de instrução das mães é determinante na maioria dos problemas relacionados à saúde infantil. A autora ainda ressalta que:

Embora os indivíduos façam escolhas que possam implicar comportamentos sadios ou nocivos à sua saúde, estas escolhas

estão situadas em contextos familiares, econômicos, culturais, políticos e históricos (BARATA, 2009, p.29).

Outra variável que foi observada foram as condições de moradia dos usuários, dado coletado nas entrevistas sociais aplicadas pelo Serviço Social da Instituição, revelando que em sua maioria os usuários possuem casa própria com acesso à energia elétrica, água e coleta de lixo. Entretanto, essa realidade não é a mesma para as famílias que estão inseridas em contextos de negligência. Observou-se que nos relatórios elaborados pelo Serviço Social sob suspeita de negligência familiar a crianças e adolescentes enviados ao Conselho Tutelar há relatos das precárias condições de vida das famílias atendidas no HPMAF que sinalizam a alta vulnerabilidade social dessas famílias conforme apontamentos meus na página 38.

No espaço da entrevista que se destina as reclamações que os usuários podem ter em relação a problemas que atingem sua vida diária, os apontados de forma mais recorrentemente foram os problemas financeiros, problemas relacionados à saúde e problemas advindos do uso de álcool e drogas, algumas das expressões da questão social que costuma aparecer de maneira mais significativa entre a classe trabalhadora pauperizada.

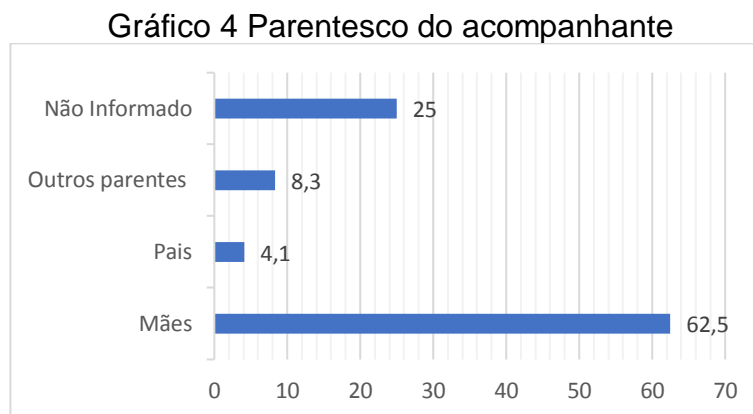
A maioria das famílias afirmou participar de algum tipo de programa social do governo, sendo esses o Programa Bolsa Família ou o Programa do Leite. A vacinação da maioria das crianças estava em dia. As mesmas não faziam acompanhamento de saúde regulamente, mas quando necessitavam de algum atendimento de urgência recorriam à rede pública de saúde mais próxima.

Aproximadamente 15 das 24 pessoas entrevistadas já deram entrada mais de uma vez no HPMAF. A recorrência no quadro de adoecimento pode estar relacionada às determinações sociais do processo de saúde-doença, e como o modelo médico-curativo é hegemônico e prioriza o atendimento imediato do quadro clínico no sistema de saúde, as crianças acabam por dar entrada no serviço de saúde inúmeras vezes.

Os dados apontam para uma realidade social estruturada pelo sistema patriarcal vigente. O cuidado das crianças e a responsabilidade pelos filhos continuam a ser um papel desempenhado predominantemente pela figura feminina em nossa sociedade.

Dado esse que aponta a pouca participação masculina no acompanhamento dos filhos, apenas 3 das entrevistas analisadas os acompanhantes eram do

gênero/sexo masculino e que de forma predominante as mães (identidade de gênero/sexo feminino) eram as acompanhantes conforme a ilustração do gráfico abaixo.



FONTE: COSTA; SOUZA, (2016).

Devemos esse fato aos papéis socialmente designados aos gêneros. Temos uma construção sócio-histórica que delegou espaços e atividades a cada um desses sujeitos, tendo como base para essas diferenciações a construção do gênero segundo as especificidades biologicamente percebidas entre os sexos (SAFFIOTE, 2013).

Aos homens é atribuída a força física, o vigor, a capacidade natural e quase inata para a liderança, à ocupação dos espaços públicos e a responsabilidade de prover economicamente a sua família. Já as mulheres foram atribuídas “a missão do casamento e da procriação” tendo esta mulher o “dever exclusivo de dona de casa, e guardião do lar” (SAFFIOTE, 2013, p. 95), características voltadas ao âmbito privado/doméstico.

Embora os processos de marginalização do contingente feminino do sistema produtivo burguês atingiam todas as mulheres colocando obstáculos à realização plena da mulher sendo em grande medida regulados pelas necessidades da ordem imperante dessa sociedade competitiva (SAFFIOTE, 2013).

É importante ressaltar que para as mulheres da classe trabalhadora desempenhar a maternidade da forma socialmente esperada se torna uma tarefa ainda mais difícil do que para mulheres de classes médias e altas.

Mulheres com nível econômico mais estável tem a oportunidade de exercer a maternidade de outras maneiras. Essa mãe de classe mais abastada não precisa conviver com duplas ou triplas jornadas, o que é uma realidade forte para mães da

classe trabalhadora o que, como vimos nos dados anteriores, é o caso das mulheres que buscam junto ao HPMAF atendimento para os seus filhos. Muitas dessas se encontram inseridas precariamente no mercado de trabalho e tem salários baixos que não permitem prover a subsistência e os cuidados dos filhos, de forma satisfatória, tão pouco que deleguem essas atividades a terceiros.

Isso é reflexo de uma estrutura social que se sustenta na dominação de classe, que determina o funcionamento do sistema social no qual podemos encontrar as raízes do “modo pelo qual é sacrificada uma categoria de sexo” (SAFFIOTE, 2013, p.124). Essas mulheres têm que se dividir em jornadas onde tentam conciliar o trabalho, os filhos e a casa, o que é uma tarefa humanamente impossível de ser executada sem o auxílio de outrem.

A família como elemento social sofre com as constantes transformações macrossociais e reproduz a dinâmica social (LOSACCO, 2015). Nesse contexto de desproteção social, gerado pelo modo capitalismo neoliberal acaba por ampliar as dificuldades das famílias em exercer sua função protetiva plenamente, o que pode ser identificado nos serviços de saúde compreendidos a partir das descrições encontradas nos relatórios sociais submetidos ao Conselho Tutelar.

De todas as notificações feitas ao Conselho Tutelar (CT) no ano de 2016 pela instituição, por meio da Divisão de Serviço Social, 25% delas estavam relacionadas as doenças ligadas as precárias condições de vida da população usuária, que se expressam nos relatos das famílias sobre suas condições de vida contidas nos Relatórios Sociais enviados ao CT.

Neles a grande maioria das famílias relata vivenciar dificuldades das mais diversas ordens, como as dificuldades de acessar os serviços de saúde, desnutrição, moradias precárias com cômodos insuficientes desprovida de banheiro, água encanada e coleta de lixo, com renda incerta proveniente de trabalho temporário. Diante dessa realidade há uma correlação entre o quadro de miíase e a situação de vulnerabilidade social dessas famílias. Desse modo na perspectiva do materialismo histórico, Barata (2009, p. 55) analisa:

a posição dos indivíduos na estrutura de classes sociais representa um conjunto de constrangimentos e circunstâncias que acabam por moldar as escolhas individuais, de modo que o pertencimento de classe leva os diferentes indivíduos a compartilharem modos de vida semelhantes.

A problemática da miíase aparentemente pode ser associada à falta de higiene e cuidados básicos ligados ao desleixo pessoal dessas famílias para com as suas crianças, mas que por traz dessa impressão superficial existem causas que se explicam a partir das desigualdades produzidas no modo de produção capitalista em um país como o Brasil, no qual o estado de bem estar social não se universaliza como um sistema de proteção social que promova por meio das instituições estatais maior igualdade com melhores padrões de vida à população.

O pleno emprego, a garantia de um Estado, que incorpore o aumento dos gastos sociais com políticas de proteção social que garanta a toda a classe trabalhadora desfrutar desses direitos, não se concretiza plenamente no Brasil. O que temos são políticas fragmentadas, seletivas e que se distanciam de um caráter universalista como aponta Berhing (2011) em seu estudo sobre a política social no Brasil contemporâneo. Contudo, aspectos importantes das políticas sociais voltadas para crianças e adolescentes serão abordados a seguir no próximo capítulo.

3 AS POLÍTICAS SOCIAIS VOLTADAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE NEGLIGÊNCIA

Este capítulo tem como objetivo principal debater o papel das políticas públicas no atendimento as demandas de negligência familiar que chegam nos serviços de saúde. Ressalta os depoimentos dos profissionais que atendem as demandas relacionadas a negligência no âmbito hospitalar e no Conselho Tutelar (CT) com base em entrevistas orientadas por um roteiro de 11 questões que versam sobre a temática da negligência. Expõe quais equipamentos sociais e mecanismos legais que auxiliam a intervenção profissional do Assistente Social no acesso aos órgãos de proteção às crianças e adolescentes vítimas de negligência e como as determinações sociais da saúde influenciam as famílias que vivenciam contextos de negligência em razão de doenças relacionadas às precárias condições de vida.

3.1 AS INTERFACES DA CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ARTICULAÇÃO DO SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS A CRIANÇAS E ADOLESCENTES VITIMAS DE NEGLIGÊNCIA

Dentro das instituições de saúde o/a Assistente Social é requisitado(a) a atuar com diferentes segmentos sociais prestando orientação social, identificando

recursos e mecanismos associados a rede de proteção assistencial na defesa dos direitos de crianças e adolescentes vítimas de negligência e também de outras violações de direitos.

Cabe ao Serviço Social articular estratégias que defendam e reforcem a saúde como um direito social, que tem no horizonte do projeto ético-político da profissão o compromisso com a construção de uma “nova ordem societária sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero” (CFESS, 2011), o que faz o Assistente Social pautar a sua intervenção na compreensão das determinações sociais, econômicas e culturais que interferem no processo de saúde-doença.

Além disso, conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários do serviço de saúde de modo a facilitar o acesso na rede de serviços da instituição, articulando na perspectiva intersectorial as políticas de seguridade social no atendimento às necessidades sociais conforme pressupõem os parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde (2010).

Outra articulação importante é com o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente em todas as esferas, públicas e da sociedade civil na aplicação de instrumentos normativos e na formulação de estratégias de promoção, defesa e controle dos direitos da criança e do adolescente, em todos os níveis de governo.

A perspectiva do trabalho profissional no atendimento as situações de negligência no ambiente hospitalar devem transpor o caráter emergencial e burocrático, buscando mecanismos para articular os órgãos que compõe o sistema de garantia de direitos a crianças e adolescentes, bem como se apropriar da realidade do usuário, sem invadir a sua privacidade, desse modo é muito importante deixar claro o objetivo do profissional e de seus encaminhamentos com o intuito de promover a proteção e recuperação da saúde. Levando isso em consideração a seguinte indagação foi feita as Assistentes Sociais e ao Conselheiro Tutelar:

Quando você atende essas famílias diz a elas a sua avaliação?

A Assistente Social informou que sim, ela tenta explicar o que causou o problema de saúde do paciente e que a falta de cuidados neste caso (mífase) foi o fato mais agravante e por isso a família precisa ser acompanhada. Geralmente os encaminhamentos mais frequentes são para Conselho Tutelar (CT), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) ou Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). (Assistente Social 1).

A partir das falas das Assistentes Sociais fica evidente o comprometimento ético das profissionais de informar aos usuários sobre a necessidade dos encaminhamentos a serem dados, explicando a razão desses, conduzindo o atendimento de forma respeitosa sem culpabilizar os indivíduos por suas dificuldades e pela sua condição de pobreza ou de desinformação. O que demonstra que as profissionais não fazem uma leitura simplificada da realidade.

A Profissional afirmou que faz a abordagem, investiga explica para a mãe o que, o porquê da necessidade de notificar o Conselho Tutelar, de uma forma que ela entenda os encaminhamentos, também são direcionados para o (CRAS) para que a família possa ter acesso ao auxílio moradia, alimentação, entre outros. Entretanto a profissional relata que quando fala no Conselho Tutelar a primeira reação da família é a pior possível, pois a primeira coisa que vem à cabeça é que o Conselho vai tomar a criança, mas é explicado que o papel do CT é de garantir direitos. (Assistente Social 2).

A atuação profissional frente as situações suspeita de negligência expressam uma intervenção pautada na transparência, que leva em consideração as dificuldades vividas pelas usuárias do serviço de saúde, sendo essas, muitas vezes, resultantes da não efetivação das políticas públicas do Estado, e, portanto, exigem respostas que ultrapassem as fronteiras do ambiente hospitalar.

Por essa razão a articulação com os demais órgãos da rede de proteção a crianças e adolescentes são necessárias, entender como essa articulação pode agregar positivamente na vida das famílias usuárias do serviço de saúde é um importante passo para fortalece-los enquanto sujeitos de direitos. De modo que a prática profissional do/a assistente social não soe autoritária.

A partir da fala do conselheiro duas possibilidades podem ser deduzidas. A primeira é que o que Conselho Tutelar carrega o estigma de ser o responsável por conduzir a destituição do poder familiar e essa imagem negativa se sobrepõem ao fato desse órgão está instituído para garantir direitos e não para retirá-los.

Na verdade, não. A gente escuta [...] explica quais as condutas corretas, independente se ela estiver errada ou não a gente não tem como saber porque não tem como provar nada a gente explica as condutas corretas no processo educacional e de desenvolvimento da criança (Conselheiro 1).

A segunda pode estar relacionada ao *modus operandi* do Conselho Tutelar, que assume na maioria das situações uma postura fiscalizatória na sua atuação com as famílias, o que pode denotar uma atuação que responsabiliza as mesmas em

uma perspectiva de culpabilização pelo contexto de desproteção que essas famílias estão inseridas e que possivelmente reproduzem.

Cada uma das posições defendidas pelos/as profissionais suscita uma atuação que incorpora uma perspectiva ética que pode fortalecer a família em seu universo sociocultural e subjetivo, compreendendo a complexidade que vislumbra as várias dimensões da vida, pensando o cuidado como um conjunto articulado de compromissos que envolvem o papel da família e do Estado. Mas essa não é uma tarefa fácil e requer uma série de mediações que possam correlacionar às várias determinações da negligência familiar.

Essencialmente, o Conselho Tutelar é o primeiro canal que as profissionais no ambiente hospitalar contactam, para articular a rede na garantia dos direitos das crianças e adolescentes em situação de desproteção e violação de direitos. O Conselho Tutelar (CT) é um órgão permanente e autônomo que zela pelo cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes.

Dentre as suas várias atribuições estão: requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança. Aplicar medidas de proteção, apoio e promoção da família, incluindo-as em programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção desta. Ele se configura como porta de entrada no acesso aos demais níveis da rede de assistência social. Estão entre as atribuições do Conselho Tutelar segundo o ECA/1990:

Art. 136. São atribuições do Conselho Tutelar: I - atender as crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos arts. 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII; II - atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando as medidas previstas no art. 129, I a VII; III - promover a execução de suas decisões, podendo para tanto: a) requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança; b) representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações. IV - encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente; V - encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência; VI - providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária, dentre as previstas no art. 101, de I a VI, para o adolescente autor de ato infracional; VII - expedir notificações; VIII - requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente quando necessário; IX - assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente; X - representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos no art. 220, § 3º, inciso II, da Constituição Federal; XI - representar ao Ministério Público para efeito das ações

de perda ou suspensão do poder familiar, após esgotadas as possibilidades de manutenção da criança ou do adolescente junto à família natural. XII - promover e incentivar, na comunidade e nos grupos profissionais, ações de divulgação e treinamento para o reconhecimento de sintomas de maus-tratos em crianças e adolescentes. **Parágrafo único.** Se, no exercício de suas atribuições, o Conselho Tutelar entender necessário o afastamento do convívio familiar, comunicará incontinenti o fato ao Ministério Público, prestando-lhe informações sobre os motivos de tal entendimento e as providências tomadas para a orientação, o apoio e a promoção social da família.

Buscando compreender como acontece **a articulação com os demais órgãos de proteção à criança e ao adolescente em situação de negligência**, os profissionais em seus respectivos espaços de trabalho responderam como se conforma essa articulação:

A profissional relatou que primeiramente é feito o contato por telefone com o Conselho Tutelar e posteriormente o Relatório Social da família é enviado por e-mail (Assistente Social 1).

Fortalecer a atuação profissional do assistente social no âmbito do SUS na perspectiva da integralidade tem notórias dificuldades, pois a tendência da contrarreforma do Estado desde os anos noventa vem limitando o caráter universalista da política de saúde o que impacta o trabalho do assistente social que se desenvolve num contexto de trabalho precarizado e de difícil articulação com a rede de assistência social que tem assumido um caráter extremamente focalizado o que dificulta a superação de ações fragmentadas no atendimento as necessidades sociais que chegam no serviço de saúde.

A Assistente Social informou que na maioria das vezes o Conselho Tutelar é o primeiro órgão a ser acionado e quando não é possível aciona-lo, pois o mesmo não funciona nos finais de semana e dependendo da situação acionamos o plantão judiciário⁹. (Assistente Social 2).

Aos finais de semana e feriados o Conselho Tutelar não tem expediente, por essa razão, o plantão judicial é acionado pelas profissionais quando se trata de situações emergenciais, que não podem espera para o dia seguinte, como por exemplo, situações em que as crianças chegam no hospital desacompanhadas e o

⁹ Segundo informações retiradas da página oficial do Supremo Tribunal Federal, o plantão judicial surgiu da conveniência de atuação objetiva e clara para jurisdicionados e advogados que necessitem de serviços judiciários nos dias em que não há expediente forense: sábados, domingos e feriados.

contato com os familiares não é possível, ou ainda quando se trata de violências física ou abuso sexual.

O conselho tutelar é um órgão que trabalha em rede foi um órgão criado pelo legislador com [...] a finalidade de fiscalizar as instituições de atendimento, e ao mesmo tempo realizar o atendimento preliminar através desse atendimento, no qual a gente identifica que a criança foi violada pelo Estado pela mãe ou pela sua própria conduta aí nós aplicamos as medidas de proteção e nessas medidas de proteção a gente requisita serviços [...] que a rede oferece (Conselheiro 1).

O Conselho Tutelar tem um importante papel na intervenção e fiscalização dos interesses e direitos das crianças e adolescentes. Isso é incontestável, ele é um órgão que atua na articulação da rede para garantir a satisfação do acesso aos serviços essenciais à manutenção e garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Conforme o artigo 98 do ECA que dispõe sobre as medidas de proteção a crianças e adolescentes aplicadas sempre que os direitos dessas forem ameaçados ou violados seja: “I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; II – por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis; III – em razão de sua conduta”.

Outro questionamento foi **como essa negligência é compreendida pelos profissionais se eles encontram dificuldade em caracteriza-la, e se os mesmos se baseiam em algum conceito:**

Sim. Negligência é a falta de cuidados básicos que coloca o bem-estar da criança ou que traga consequências. De modo geral não, mas em alguns casos sinto dificuldade pela nossa limitação em aprofundar a situação sócio-econômica vivenciada pela família. Uma vez que a nossa atuação se restringe apenas ao âmbito hospitalar, por isso a importância de encaminhamentos para outros órgãos para que possam acompanhar melhor os casos (Assistente Social 1). Acompanha, mas é um conceito muito amplo não é fechado, há a dificuldade porque tem de haver uma investigação social para se concluir se é negligência da pessoa ou da instituição (Assistente Social 2).

Então agente notifica essa genitora através da denúncia [...] ouve o que ela tem a dizer verifica se a criança tá na idade escolar se essa criança tá estudando, verifica o cartão da vacina e vê o que ela tem a falar. Algumas vezes é bem evidente de que a mãe é negligente na sua conduta relacionada a criança e em outras vezes a gente fica com essa dificuldade em identificar porque a negligência ela é muito difícil de identificar em algumas situações, as vezes o cartão tá em dia a criança tá estudando mas a mãe nas quatro paredes ela viola a

criança negligenciando e a gente dispõe da rede assistencial do município que são os CRAS e os CREAS quando o colegiado entende que essa mãe viola o direito da criança a gente solicita o acompanhamento dessa família no CRAS da região pra que esse CRAS elabore o relatório e consiga identificar através de outros meios, a assistência tem a equipe técnica qualificada pra trazer algum dado novo para nós [...] encerrar essa medida [...] ou dar continuidade para que essa violação possa cessar (Conselheiro 1).

Considerando as análises dos discursos trazidos pelos profissionais é notório que o conceito de negligência mais usual centra-se nas definições mais gerais da temática, como a ausência de cuidados, higiênicos, físicos, emocionais, entre outros. Vale destacar que todos afirmaram ter dificuldade em caracterizar a negligência, isso se deve em grande medida a pouca discussão teórica em torna dessa problemática, que possibilite a apreensão crítica das complexas relações do contexto sociofamiliar na perspectiva de desproteção social.

Nessas circunstâncias outro fator limitante está na Lei 8.069 de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, pois a mesma não tipifica nem incorpora uma concepção detalhada do que venha a ser uma conduta negligente.

O que pode acarretar também as dificuldades que os profissionais encontram em identificar a negligência, bem como se essa é proveniente do descuido intencional ou determinada por situação de precariedade socioeconômica, que por sua vez impossibilita a família de exercer os cuidados necessários à criança e ao adolescente dentro do que estabelece o ECA, já que, esse não elenca as condicionalidades da negligência.

Embora esteja na intencionalidade o cerne da questão esse é um tema que requer uma reflexão crítica para não recairmos em atuação que caracterize o policiamento dos comportamentos, e uma abordagem moralista. Se afastarmos o julgamento de valor que permeia essa temática, como afirma Berberian (2013) em seu estudo, as situações podem se desvelarem mais claramente a partir da realidade objetiva dessas famílias, pois como afirma a autora a negligência aparece como um conceito dado no ECA em seu artigo 5º, não possibilitando o diálogo entre a correlação que existe entre a ausência das garantias e direitos fundamentais dessas famílias com as situações de desproteção, o que deixa brechas para interpretações que culpabilizem os sujeitos e desresponsabilizem o Estado, em um misto confuso de valores que se entrelaçam no discurso de garantia de direitos, mas que se encontra permeado de julgamento de valor, como defende a autora:

O que nos parece é ser, a negligência, um termo viciado de conteúdo moral, pois, ao mesmo tempo em que pode representar desatenção, também se mostra como sinônimo de desleixo e preguiça, por exemplo, trazendo inevitavelmente consigo conteúdos valorativos negativos, reforçando um perfil estereotipado e preconceituoso sobre o outro (BERBERIAN, 2013, p. 84).

Considerando a complexidade dessa temática, é necessário que a atuação profissional se distancie das formas de alienação moral¹⁰ que a circundam, no sentido de evitar a internalização de valores e modos de vida de forma mecânica e acrítica, que não nos permita analisar se as situações de negligência decorrem de uma escolha verdadeiramente consciente dessas famílias. Caso contrário, corre-se o risco de legitimar normas e condutas baseadas em valores que não partem do conhecimento dos reais alternativas e possibilidades de vida dessas famílias.

Uma reflexão consciente exige o esforço e a responsabilidade de considerar as determinações econômicas, sociais e de gênero, porque recai sobre a genitora a maior parte da responsabilidade dos cuidados com a higiene, educação e saúde das crianças. Algumas interpretações não consideram a história social dessa família e de como essa mulher exerce sua maternidade, muitas vezes sem contar com o apoio do genitor ou do Estado que não oferta creches e escolas em tempo integral que possam auxiliá-la na execução desses cuidados básicos.

Portanto, mesmo sendo a família a responsável primordial nos cuidados com as crianças e adolescentes, não podemos descartar a atuação indispensável das redes de proteção social que tem avançado para assegurar a efetivação de direitos sociais na perspectiva de promover o bem-estar do grupo familiar, quando a abordagem dessas ações assume uma direção coletiva e menos centrada no sujeito isoladamente, as chances dessas famílias saírem do contexto de desproteção são maiores (ACOSTA; VITALE, 2015).

Segundo a análise dos profissionais ora questionados sobre **as características das famílias atendidas e se essas famílias compreendem o que está sendo chamado de negligência**, é notório que a maioria das famílias apresentam alguma característica que os qualificam na condição de vulnerabilidade social¹¹.

¹⁰ Para Barroco (2010), são formas de alienação moral os preconceitos, os juízos provisórios e o moralismo.

¹¹ Compreender a vulnerabilidade social é pressuposto para avaliar o alcance das políticas sociais. Assim, definir vulnerabilidade social é mais do que um exercício intelectual, objetiva compreender os

A profissional relata que as famílias em sua maioria não tiveram acesso a informação, vivem em condições sociais precárias. E que as mesmas chegam muitas vezes sem ter consciência de que a falta de cuidado pudesse comprometer a saúde da criança. E desse modo se configurar como uma forma de negligência (Assistente Social 1).

A segunda Assistente Social afirma que a maioria das famílias que são encaminhadas pela suspeita de negligência para os Conselhos Tutelares vivem em situação de vulnerabilidade social. Negligência abordagem cuidadosa porque não pode culpabilizar, mas nem todas são relacionadas a pobreza. (Assistente Social 2).

São famílias vulneráveis socialmente que já passaram por negligências uma violação perpetua-se em outra as vezes porque foi criada em um ambiente onde ela era violada aí ela passa a violar os seus filhos também. Então assim é um ciclo bem vicioso, mas a gente consegue ter uma linguagem mais popular mais direcionada para tentar mostrar que o que ela está fazendo, naquele momento é errado principalmente quando vem a questão de violência física, psicológica que é uma cultura que eles tem de falar alto, de bater, porque meu pai bateu e a gente não deu [sic] pra coisa errada, então eu vou bater também a gente mostra dentro da lei o que é certo, e ela não pode continuar perpetuando essa conduta (Conselheiro 1).

Com esses depoimentos, é possível perceber como a negligência é uma expressão da questão social na atualidade, desse modo os profissionais reconhecem que a situação de vulnerabilidade social estabelece uma interdependência com a negligência. Logo, a importância da rede de proteção social é uma constante na fala dos profissionais tendo em vista a importância da articulação dessa rede para efetivação de direitos, desde que, ela seja capaz de se conformar em uma perspectiva intersetorial que assegure a conexão de serviços para garantir a integralidade da atenção a esses segmentos sociais mais vulneráveis (YASBEK, 2014).

A intersetorialidade supõe também a articulação entre sujeitos de áreas que tem suas especificidades e diversidades e, portanto, experiências particulares para enfrentar problemas complexos. [A intersetorialidade] vem se configurando como um princípio orientador de ações integradas no âmbito da Política Social supondo atendimentos em rede para a população. (YASBEK, 2014, p. 98).

desafios e tensões que se colocam para as políticas sociais, no sentido de efetivar-se na perspectiva proativa, preventiva e protetiva. Nesse sentido, a vulnerabilidade social se constitui como construção social, enquanto produto das transformações societárias, assumindo diferentes formas de acordo com os condicionantes históricos. Essas transformações acabam por desencadear fundamentais mudanças na esfera da vida privada, acentuando fragilidades e contradições (MONTEIRO, 2011., p 31).

Nesse sentido, a Política Pública de Assistência Social marca sua extrema importância no campo das políticas sociais, pois consagra-se no âmbito do Estado, cabendo a este a garantia de direitos e acesso para serviços, programas e projetos sob sua responsabilidade.

Os serviços de proteção social básica executados de forma direta nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), que é uma unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social e que tem auxiliado o Conselho Tutelar e os demais órgãos que atuam no atendimento direto a crianças e adolescente e suas famílias, articulando benefícios, serviços e processos de inclusão social. Porém, não dão conta de atender as necessidades da população mais pobre, pois para isso se faz necessário uma forte política de emprego e renda para inserção produtiva dessas famílias para que elas possam sair dessa condição de pobreza.

Logo entendemos que a atuação do Serviço Social na articulação do sistema de garantia de direitos a crianças e adolescentes vítimas de negligência, em especial, quando solicitado a avaliar situação suspeita de negligência deve considerar as condições reais de vida dos sujeitos envolvidos, as suas condições de desemprego, de subemprego, as condições de moradia, do acesso às unidades básicas de saúde, do acesso a escolas próximas de sua localidade, que determinam a dimensão do contexto de desproteção que essas famílias estão expostas.

Diante dos objetivos da profissão de considerar as condições subjetivas a luz das condições de vida da população usuária dos serviços de saúde é que faremos a seguir a discussão das determinações sociais da saúde que influenciam o processo de saúde-doença.

3.2 A INTER-RELAÇÃO ENTRE A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E AS NOTIFICAÇÕES DE NEGLIGÊNCIA FAMILIAR NO CONTEXTO HOSPITALAR

No processo histórico a saúde é explicada em cada conjuntura a partir de diversos paradigmas que auxiliam a sociedade a compreender o processo de saúde/doença, e em cada contexto histórico se estabelece um ou outro conceito como hegemônico no trato das questões relacionadas a saúde (ROCHA; DAVID, 2015).

Logo imbricações ideológicas podem sinalizar uma prática com uma perspectiva aparentemente inovadora e revolucionária, mas que na verdade reforçam processos que não aprofundam as determinações macrossociais que se envolve no processo de saúde-doença não permitindo desse modo uma conexão histórica entre as desigualdades sociais produzidas a partir dessa sociabilidade que não garante condições dignas de sobrevivência a toda a população (ROCHA; DAVID, 2015).

Assim sendo, logo a seguir as autoras Rocha; David (2015) problematizam a contraposição conceitual dos termos: Determinação Social e Determinante Social de Saúde (DSS):

Dessa forma, pensamos que a utilização do termo Determinação Social se contrapõe ao de Determinante Social de Saúde (DSS), e que o primeiro traz um questionamento de base não apenas quanto às bases teórica e metodológica acerca dos estudos que permitem sustentar o conceito de DSS, mas também epistemológica, indagando sobre em que bases deve se apoiar uma ciência que busca compreender as questões relativas à vida e ao adoecimento para além dos fenômenos pelos quais se expressam. Resumidamente, pode-se afirmar que o primeiro é entendido como uma perspectiva que considera o campo mais amplo na qual se produzem os processos saúde-doença, buscando trazer para o plano da consciência uma compreensão que estabeleça mediações entre a realidade fragmentada e a totalidade social, enquanto o segundo expressa o privilegiamento da identificação de variáveis sociais mensuráveis sobre uma compreensão mais descritiva e densa dos contextos de saúde [...] uma tendência à abordagem positivista e reducionista dos dados, sobretudo quando se discutem dados epidemiológicos de forma individualizada sem considerar todos os fatores sociais no processo de adoecimento do indivíduo e da população (ROCHA; DAVID, 2015, p. 134).

A natureza do conceito de DSS tem em si uma perspectiva que remete ao determinismo, tendo em vista que a sua matriz metodológica está veladamente associada ao positivismo, que sustenta uma ação tecnocrática e focalizada que não é capaz de transpor o processo de saúde-doença para a dimensão histórica e social que existe nesse processo (ROCHA; DAVID, 2015).

Dessa forma, a análise da determinação social do processo de saúde-doença requer incorporar uma abordagem da realidade social, a qual considere as múltiplas expressões da questão social, enquanto elemento estrutural da sociedade capitalista. É impossível dissociar a saúde da população das contradições e desigualdades sociais inerentes ao sistema capitalista.

A partir dessa análise o lugar que assume o assistente social dentro dos espaços institucionais da saúde são de extrema relevância para a mediação de todos esses elementos constitutivos da vida social, mas sobretudo, inerentes ao sistema capitalista que tanto interferem no modo de vida da classe trabalhadora e nos processos de adoecimento dessa classe.

No Brasil durante o processo de redemocratização do Estado, o Movimento de Reforma Sanitária, surgiu como um movimento de politização social que inseriu diversos atores sociais na discussão da saúde para além das causas biológicas da doença, mas também pensando as causas sociais dessas.

Esse movimento saiu dos seus fóruns específicos para atingir também a participação das entidades representativas da população, sendo extremamente coerente com a noção da saúde como um direito, descrita no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que deflagrou uma campanha nacional em defesa do direito universal e igualitário à saúde, garantida pelo Estado em todos os níveis de atenção e a todos os cidadãos do território nacional.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Estado incorpora a saúde no conjunto das ações de seguridade social sob sua responsabilidade, ofertadas mediante Políticas Públicas que garantam o acesso universal e igualitário as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a todas as pessoas, independentemente de contribuição, afirmando o caráter democrático e universal da política de saúde.

Conforme a regulamentação da saúde no Brasil vai se consolidando a partir de 1988 na direção assumida pelo movimento de Reforma Sanitária, o Sistema Único de Saúde se consolida como produto desse processo. A Lei 8.080/1990 regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, e define no seu artigo terceiro a concepção ampliada de saúde:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Nesse sentido, o conceito de saúde estará incompleto se for levado em consideração apenas a influência de organismos patogênicos como vírus, bactérias e fungos como fatores principais do processo de adoecimento das pessoas, sem que haja a devida correlação entre a exposição da população a condicionantes sociais, como a falta de saneamento básico, a fome, a falta de escolarização, as condições de vida e de trabalho da população. Não será possível pensar e desenvolver novas maneiras para enfrentar os problemas de saúde que se encontram enraizados nas causas sociais das doenças (OLIVEIRA; SANTO, 2013).

Tendo como referência essa concepção de saúde, a negligência tipificada a partir das doenças relacionadas as precárias condições de vida das famílias, como por exemplo, a miíase que faz parte de 25% das notificações feitas pela equipe de atendimento do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes ao Conselho Tutelar no ano de 2016, não pode ser pensada dentro de uma lógica unicamente curativa, centrada em ações que não extrapolem o ambiente hospitalar, tendo em vista que os dados revelam condicionantes sociais que determinam sobremaneira o processo de adoecimento dessas crianças e que tem bastante influência nas reincidentes entradas no serviço de saúde.

Em 100% dos casos no qual a negligência estava relacionada ao diagnóstico de miíase, as famílias enfrentavam precárias condições de vida, o que não significa que essa é uma correlação direta em todas as situações.

Nem todas as famílias que enfrentavam precárias condições de vida e que passaram pelo serviço de saúde do HPMAF reproduzem comportamentos que indique uma conduta “negligente”, embora a variável das precárias condições de vida seja relevante para a compreensão das reais condições de existência dessas famílias (CEFESS, 2010).

As profissionais no desenvolvimento de suas ações objetivam a garantia de direitos direcionando os seus encaminhamentos, sempre que possível aos demais níveis da rede de proteção socioassistencial para que essas famílias possam sair desse contexto de negligência, por meio da atuação intersetorial das políticas públicas, até porque as ações de saúde isoladamente não garantirão a longo prazo que essa violação de direito volte a se repetir.

Sendo essa uma realidade com as quais os profissionais se deparam corriqueiramente foi-lhes direcionado o último questionamento: **o que é ser**

negligente? Essa última pergunta teve o intuito de saber a visão principal dos entrevistados.

Ser negligente segundo a profissional é quando há a falta de cuidados que interferem no desenvolvimento físico e emocional (Assistente Social 1).

A segunda profissional considera que ser negligente é falhar/ faltar com os cuidados básicos de higiene, de saúde de segurança, de educação, de afeto e alimentação. A negligência está relacionada a múltiplos fatores (Assistente Social 2).

Ser negligente é você não partir dos princípios básicos com relação ao processo de desenvolvimento da criança. A criança é um ser vulnerável então ela precisa ter todo o apoio possível dos pais isso é o que diz o ECA ela precisa ser educada alimentada, [...] bem cuidada. A gente dá as orientações iniciais [...] identifica as violações [...] a gente faz as articulações com a rede a gente pede ajuda a saúde, ajuda a educação para que todos esses profissionais na integridade possam atender essa família de uma forma que a qualidade de vida deles melhore e que eles consigam absorver isso, por serem vulneráveis, não terem esse conhecimento pela cultura que eles vivenciam ali. Então eles precisam de um atendimento integral, só o conselho não é suficiente. Ele precisa que a rede esteja em sintonia para poder atender aquela família naquela situação e conseguir vencer essas violações, dar um outro olhar a essa família. E que não é fácil, é um trabalho de formiguinha. Esse é um tema muito complexo eu sinto um pouco de dificuldade em compreender algumas questões muito muito, e a teoria é muito diferente da prática eu também senti isso, na prática a gente tem dificuldades porque a gente tem aquela meta, mas aí para você conseguir mudar a questão cultural da população não é fácil, então você tem que ter um trabalho intersetorial com os profissionais que estejam realmente empenhados em alcançar essa meta pra poder ter resultados [...] a gente precisa que a rede funcione porque se eu tenho um Conselho Tutelar e eu tenho um CRAS e um CREAS que não funciona, é praticamente inviável [...]. As vezes o Estado é o principal violador porque não oferece escola, o posto de saúde está lá sem o médico então é um conjunto de situações que é bem complicado. Os conselhos precisariam ser equipados com equipe técnica disponível, com sistema de informatização e a gente não tem. Uma resolução do CONANDA¹² prevê que para cada cem mil habitantes se tenha um conselho tutelar e hoje nós estamos com 400 mil habitantes na Zona Norte então deveríamos ter no mínimo mais três conselhos para atender toda a Zona Norte. [...] o conselho vai cobrar que seja implantado e garantido o funcionamento mínimo da rede (Conselheiro 1).

Os Relatórios Sociais enviados ao Conselho Tutelar contemplavam a descrição das famílias e das dificuldades vivenciadas por elas no cotidiano. Muitas famílias têm dificuldade de acessar os serviços de saúde, seja pela ausência desses

¹² Conselho Nacional dos Direitos das Criança e do Adolescente - CONANDA

em sua região ou pela incapacidade resolutive dos mesmos. Apresentam quadros de desnutrição, moradias precárias com cômodos insuficientes desprovida de banheiro, água encanada e coleta de lixo, com baixa renda proveniente de trabalho temporário.

Todas essas particularidades na vida dos usuários nos ajudam a compreender como a determinação social da saúde se expressa como produto de um contexto de desigualdade social, que é fruto de uma sociedade fundada na contradição entre o capital-trabalho, que desse modo exerce influência em todas as esferas da vida da classe trabalhadora, não deixando de fora o processo de saúde/doença. Sendo assim, a leitura da realidade no presente estudo se faz sob as múltiplas expressões da questão social sob as quais recai sobre essas famílias na forma de negligência. Conforme afirma Oliveira e Santo (2013):

A questão social representa uma perspectiva de análise da sociedade. Ao utilizarmos essa análise estamos realizando uma perspectiva da situação em que se encontra a maioria da população, aquela que só tem na venda de sua força de trabalho os meios para garantir sua sobrevivência. É ressaltar as diferenças entre trabalhadores e capitalistas, no acesso a direitos, nas condições de vida; é analisar as desigualdades e buscar forma de superá-las. É entender as causas das desigualdades, e o que essas desigualdades produzem, na sociedade e na subjetividade dos homens [...] nesse processo, a saúde deve ser pensada à luz das relações sociais, ou seja, deve ser considerada em relação contínua e dinâmica com as determinantes objetivas: sociais, políticas, econômicas, culturais; dado o seu caráter interdependente, porque partícipe, da estrutura social e de seus desdobramentos. (OLIVEIRA; SANTO, 2013, p. 17).

Entretanto ao longo dos anos de 1990 a saúde passa a ser pensada em uma lógica de mercado que reatualiza o modelo médico assistencial privatista pautado na política de ajuste, que tem como tendência a contenção de gastos e a racionalização da oferta dos serviços de saúde promovendo prioritariamente ações focalizadas (Bravo, 2012).

Estas estão alinhadas a um Estado de intervenção mínimo e livre mercantilização da saúde, que tem como pano de fundo a afirmação da hegemonia neoliberal, que vem desarticulando propositalmente a perspectiva da saúde como um direito social, promovendo sua segmentação e desse modo direcionando as ações do SUS para atender aos segmentos mais pauperizados da sociedade que

não tem como satisfazer esse acesso via mercado, ao invés de promovê-la universalmente:

Na realidade brasileira, historicamente, a saúde e suas práticas têm sido relegadas a segundo plano, no qual a ênfase dos problemas recai sobre os fatores técnicos, cuja lógica resulta em maior produtividade (quantitativo). Como resultado encontra-se uma dicotomia entre saúde coletiva e saúde individual, reforçando a cidadania a alguns e circunscrevendo a outros a cidadania de segunda ordem, portanto, excluindo-os do direito social à assistência à saúde (OLIVEIRA; SANTO, 2013, p 18).

Iamamoto (2014) afirma como essa tendência se expressa na atualidade reeditando as relações de exploração e dominação das classes subalternas diante de “uma progressiva mercantilização do atendimento as necessidades sociais, decorrente da privatização das políticas sociais” (IAMAMOTO, 2014, p. 206).

Nesse quadro, os serviços sociais deixam de expressar direitos, metamorfoseando-se em atividade de outra natureza, inscrita no circuito de compra e venda de mercadorias. Estas substituem os direitos de cidadania, que, em sua necessária dimensão de universalidade, requerem a ingerência do Estado (IAMAMOTO, 2014, p. 206).

Essa conjuntura tem provocado o desafio de traduzir as múltiplas expressões da questão social em meio aos processos de radicalização das desigualdades sociais que trazem no presente suas determinações históricas. Expressando na atualidade as suas múltiplas faces da questão social, sendo a “negligência” uma delas, compreendida no presente estudo a partir da perspectiva de desproteção social adotada por Berberian (2013).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na tentativa de apreender o movimento real do conjunto dos mecanismos legais, éticos e morais acessados pelos profissionais que atuam na avaliação da negligência, entre os quais estão duas assistentes sociais e um conselheiro tutelar, e como esses compreendem a negligência, aqui considerada na perspectiva de desproteção social defendida por Berberian (2013).

Dessa forma, cabe destacar que a autora problematiza as múltiplas nuances que permeiam o tema da negligência, bem como reforça o quanto esse termo carrega em si uma carga negativa repleta de valores de cunho moralizador, e por essa razão a mesma sugere a substituição radical da expressão negligência pelo

termo desproteção, isso porque o termo desproteção não traz no sentido essa carga imbuída de julgamento de valor.

Desse modo os objetivos da pesquisa foram respondidos na medida que a investigação da relação entre as situações suspeitas de negligência e as determinações sociais da saúde apresentam na realidade uma correlação muito forte apreendidas a partir das situações das famílias encaminhadas ao Conselho Tutelar pelo Serviço Social do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes – HPMAF.

Os dados da pesquisa revelam que o contexto social das famílias, suas condições sociais e econômicas interferem na saúde das crianças, isso acaba por ser objeto de intervenção do Serviço Social na saúde. Nas situações de negligência familiar que chegam ao serviço do HPMAF 25% das notificações são determinadas por doenças relacionadas às precárias condições de vida das famílias usuárias do serviço, o que revela que as situações de negligência familiar estão interligadas as determinações sociais da saúde.

A temática da negligência é desafiadora tendo em vista que é pouco problematizado em uma perspectiva crítica e de modo geral assume diversas definições, o que ocasiona uma multiplicidade de interpretações, isso dificulta a apreensão da negligência e suas condicionalidades associadas as profundas desigualdades sociais geradas no modo de produção capitalista em uma perspectiva de totalidade.

Desse modo a negligência, em geral é compreendida como atos de omissão ou falha do adulto em exercer a sua função protetiva para com as criança e adolescentes. Essa definição em si apresenta superficialmente o que é a negligência, essa conceituação não é capaz de explicar as contradições que envolvem as complexas relações e condições sociais das famílias em contexto de negligência.

Assim sendo, Silva (2002) aborda a negligência como ausência de cuidados físicos, emocionais, educacionais e sociais, mas também pode ser expressão de um desleixo propositadamente infligido em que a criança ou o adolescente não recebem os cuidados necessários às boas condições de seu desenvolvimento, essa é uma concepção que não avança na perspectiva crítica, no sentido de avaliar o contexto familiar a partir da trajetória histórica que determina as condições objetivas de vida.

Nesse sentido, em sua maioria, os profissionais entrevistados nessa pesquisa, duas assistentes sociais e um conselheiro tutelar, afirmaram enfrentar

dificuldade em caracterizar a negligência por ser um conceito amplo e complexo. Essa dificuldade mostra-se imbuída em um conjunto de posicionamentos críticos desses profissionais diante de situações contraditórias que revelam a perpetuação das violações de direitos sociais naturalizadas socialmente por parte da sociedade e do Estado, mas que também apresentam dificuldades para definir os limites entre desproteção e negligência.

Entretanto, é imprescindível que a perspectiva adotada para identificar situações de negligência seja capaz de avaliar a intencionalidade da conduta que levou a negligência, ou se as circunstâncias são determinadas por fatores que extrapolam as capacidades pessoais das famílias em proverem suas funções de cuidado.

A partir dessa dimensão a análise profissional deve se sustentar em elementos que permitam apreender o contexto familiar situando esses sujeitos em uma perspectiva de classe evitando atribuir aos indivíduos a responsabilização por sua condição de pobreza fruto das desigualdades sociais inerentes à sociabilidade do capital. Portanto a negligência percebida a partir da perspectiva de desproteção social se caracteriza como uma das múltiplas expressões da questão social no capitalismo.

Pensar a questão social no processo de reprodução das relações sociais no capitalismo é pensar nos desdobramentos dessas relações, nas condições de vida das famílias usuárias dos serviços de saúde e no contexto de violação de direitos que se desdobraram nas mais diversas expressões da negligência.

Para finalizar, ressalte-se que foi apresentado um conjunto de conceitos que podem contribuir para uma melhor compreensão do que é a negligência e de todos os valores que esse termo incutiu, revelando um conjunto de informações que permite ao Assistente Social problematizar o conceito da negligência que se adequa a prática profissional defendida pela categoria na direção da garantia de direitos.

O presente estudo vem contribuir de forma significativa para o processo de apreensão das condições concretas de vida dos usuários do serviço de saúde do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes, propiciando a discussão sobre a conceituação da negligência no intuito de fortalecer esse debate em uma perspectiva crítica acerca da realidade institucional e das dificuldades enfrentados pelos profissionais na identificação de situações de negligência.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália Faller, (organizadoras)/ Família: Redes, laços e Políticas Públicas. 6ªed. São Paulo: Cortez: Coordenadoria de Estudos e Desenvolvimento de projetos Especiais PUC (SP), 2015. In: _____. LOSACCO, Silvia. O jovem e o contexto familiar. p. 75- 89.

Azevedo, M.A. & Guerra, V.N.A. Infância e Violência Fatal em Família, São Paulo, Iglu, 1998.

BARROS, Ricardo Paes de; HENRIQUES, Ricardo; MENDONÇA, Rosana. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. Revista Brasileira de Ciências Sociais. v.15. n. 42, p. 123-137, fev. 2000.

BARATA, Rita Barradas. Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde. (Coleção Temas em Saúde). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 120 p. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata9788575413913>>. Acesso em: 18 de jun. 2017.

BERBERIAN, Thais Peinado. Serviço Social e avaliações de negligência: debates no campo da ética profissional. 2013. 144f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). PUC (SP), 2013.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASÍLIA. Vara da Infância e da Juventude. Violação dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, 2013, ed. SECOM. Disponível em <<http://www.tjdft.jus.br/cidadaos/infancia-e-juventude> > Acesso em: 30 de mai. 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete [et al]. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. 64ª Reunião Anual da SBPC. As lutas pela saúde: desafios da frente nacional contra a privatização da saúde. 2012, São Luís (MA). Anais, São Luís (MA) 64ª Reunião Anual da SBPC. Disponível em: <http://www.sbpnet.org.br/livro/64ra/PDFs/arq_1742_234.pdf> Acesso em: 22 jan. 2017.

Conselho Federal de Serviço Social. CFESS: Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília, 2010. 81 p.

COSTA, Arilane Lima da; SOUZA, Gelmária Rodrigues de. Cenário Institucional Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes: Estágio em Serviço Social. Natal, RN. 2016. 27 p.

COSTA, Maria Conceição Oliveira; CARVALHO, Rosely Cabral de; BÁRBARA, Josele de F. R. Santa; SANTOS, Carlos Antônio S. T; GOMES, Waldelene de A; SOUSA, Heloísa Lima de. O perfil da violência contra crianças e adolescentes,

segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência.

DIGIÁCOMO, Murillo José & DIGIÁCOMO, Ildeara Amorim. Estatuto da Criança e do Adolescente anotado e interpretado. Ministério Público do Estado do Paraná. Curitiba. 2013. Disponível em <
http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/caopca/eca_annotado_2013_6ed.pdf> Acesso em: 12 fev. 2017.

FÁVERO, Eunice Teresinha; VITALE, Maria Amália Faller; BAPTISTA, Myrian Veras. Famílias de Crianças e Adolescentes Abridados: quem são, como vivem, o que pensam, o que desejam. Disponível em: <
http://www.neca.org.br/images/Familias_Abridadas_miolo.pdf> Acesso em: 04 de jun. 2017.

FÁVERO, Eunice Teresinha; GUEIROS, Dalva Azevedo: A realidade social e os percursos de famílias com filhos abrigados. XIX Seminário Latino-americano de Escuelas de Trabajo Social. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. 2009. Disponível em:
 <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-267.pdf>>. Acesso em: 24 de abr. 2017.

FUZIWARA, Aurea Satomi. Lutas Sociais e Direitos Humanos das crianças e do adolescente: uma necessária articulação Social. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 115, p. 527-543, jul. 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE: Crianças e adolescentes: indicadores sociais/Fundação, v. 1. Rio de Janeiro: IBGE, 1989.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raúl de. Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. – 39.ed. – SP: Cortez, 2013.

_____. Direitos Sociais e competências profissionais: O Serviço Social na Cena Contemporânea. – CFESS. ed. – Brasília, 2009., p 15 - 50.

_____. Serviço Social em tempo de Capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. – Cortez. 8.ed. – São Paulo, 2014.

MARX, Karl; FRIEDRICH, Engels, 1818-1883. Manifesto do Partido comunista. - 1.ed. - SP: Expressão Popular, 2008. 68p.

MONTANO, Carlos. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 110, p. 270-287, abr./jun. 2012.

MONTEIRO, Simone Rocha da Rocha Pires. O marco conceitual da vulnerabilidade social. Sociedade em Debate, Pelotas, 2011.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da “questão social”. Temporalis, Brasília: ABEPSS, p. 41- 49, 2001.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. Economia Política: uma introdução crítica. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2012.

OLIVEIRA, Maria Júlia Inácio de; SANTO, Eniel do. A relação entre os Determinantes Sociais da Saúde e a Questão Social. Caderno Saúde e Desenvolvimento. v.2 n.2, 2013.

PASIAN, Mara Silvia; FALEIROS, Juliana Martins; BAZON, Marina Rezende; LACHARITÉ, Carl. Negligência Infantil: A Modalidade Mais Recorrente de Maus-Tratos. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n2/v17n2a05.pdf> > Acesso em: 20 mai. 2017.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. Rev. Esc. Enferm. USP - 2015; 49(1):129-135. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0129.pdf> Acesso em: 04 de jun. 2017.

RIBEIRO, Fernando A. Q; PEREIRA, Celina S. B; ALVES, Adriana; MARCON, Manuel A. Tratamento da miíase humana cavitária com ivermectina oral. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia 67 (6) PARTE 1 NOVEMBRO/DEZEMBRO 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v67n6/8442.pdf> > Acesso em: 05 de Abr. 2017.

SAFFIOT, Heleieth I. B. A mulher na sociedade de classe. 3. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013. 528 p.

SANTOS, Josiane Soares. "Questão Social": particularidades no Brasil. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, Lygia Maria Pereira da. Violência doméstica contra a criança e o adolescente. Recife: EDUPE, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_crianças_adolesc.pdf> Acesso em: 10 mai. 2017.

SANTORO, Mário Jr. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: Um fenômeno antigo e sempre atual. Revista: Pediatria Moderna: v. 38. N, p. 279-283/ Jun. 2002. Disponível em: <<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&idmateria=1955>>. Acesso em: 13 de mai. 2017.

SANTOS, Amanda de Fátima Andrade. NEGLIGÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: Análise da Intervenção do Serviço Social na Área Sociojurídica. BRASÍLIA – DF, 2013.

WEISE, Michelly Laurita e Santos, Rosemeire dos. A centralidade da família nas políticas sociais da assistência social e saúde: a relevância do debate para o Serviço Social. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/>> Acesso em: 20 mai. 2017.

YAZBEK, Maria Carmelita. Serviço Social e pobreza: Revista Katál. Florianópolis: v. 13 n. 2 p. 153-154 jul./dez. 2010.

YAZBEK, Maria Carmelita. Sistema de proteção Social, Intersetorialidade e Integração de Políticas Sociais - 1ª ed. – Campinas: Papel Social, 2014., p. 77- 102.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Roteiro de entrevista

1º Passo - Contato e apresentação

2º Passo - Convite para a entrevista e agendamento

1. Você já atendeu alguma situação identificada como negligência. Se sim, como ela chegou até você?
2. Como o atendimento se desenvolve?
3. Quais os encaminhamentos possíveis ao seu alcance?
4. Como acontece a articulação com os demais órgãos de proteção a criança e ao adolescente em situação de negligência
5. Como o Serviço Social chega à conclusão de que uma situação é decorrente de negligência? A equipe discute a situação até chegar a um consenso?
6. Pela sua vivência profissional quais situações são mais difíceis de atender?
7. O Serviço Social se baseia em algum conceito de negligência? Você encontra dificuldade em definir e caracterizar situações de negligência?
8. Quando você atende essas famílias diz a elas a sua avaliação?
9. Quais as características das famílias atendidas? Você acredita que essas famílias compreendem o que está sendo chamado de negligência?
10. Você considera que no atendimento a situações de negligência existe julgamento de valor, por parte dos profissionais? Quais valores são esses, você poderia citar?
11. O que é ser negligente?

ANEXO A - TCLE PARA MAIORES DE IDADE

TCLE para maiores de idade:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este documento visa solicitar a sua participação na pesquisa: (A Atuação do Serviço Social na Avaliação da Negligência Familiar de crianças sob a perspectiva das determinações sociais da saúde no contexto hospitalar do HPMAF no Município de Natal/RN), que tem como pesquisador responsável (Gelmária Rodrigues de Souza).

Esta pesquisa pretende investigar a relação entre o crime de negligência e as determinações sociais de saúde das famílias encaminhadas ao Conselho Tutelar pelo Serviço Social do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes.

A centralidade do estudo está em saber em quais proporções a negligência está relacionada às profundas desigualdades associadas à pobreza? Na tentativa de encontrar essa resposta é relevante entender como as Determinações Sociais da Saúde trazem em si fatores sociais, econômicos, culturais e raciais, que nos ajudam a compreender como as condições sociais afetam e podem influenciar a saúde de determinados grupos populacionais.

Estabelecer essa análise do complexo contexto das determinações sociais de saúde e como essas, por sua vez, podem exercer influência nos aspectos que determinam o crime de negligência, esse estudo pode contribuir para a formação de uma visão crítica voltada para a realidade da reprodução das desigualdades sociais com raízes nas contradições no modo de produção capitalista.

Caso você decida participar, você deverá responder uma entrevista de aproximadamente uma hora, com 11 questões relacionadas à temática da negligência, e se for autorizado pelo entrevistado haverá a gravação de voz. Os dados da pesquisa estarão à disposição na universidade ao término da pesquisa, prevista para junho de 2017.

Levando em consideração que este estudo visa à coleta de dados de informações sobre “A Atuação do Serviço Social na Avaliação da Negligência Familiar

de crianças sob a perspectiva das determinações sociais da saúde no contexto hospitalar do HPMF no Município de Natal/RN”, não se espera que você tenha nenhum desconforto ou prejuízo decorrente de sua participação, porque a pesquisa e as questões a responder oferecem riscos mínimos, como o de sentir-se constrangido(a) em responder qualquer questão individualmente ou em grupo.

A pesquisa não oferece riscos à integridade física, moral e social dos sujeitos, ao patrimônio físico e/ou financeiro da instituição. Entretanto, como forma de minimizar os riscos todo cuidado será tomado para que você não sinta-se constrangido(a) em responder alguma questão, tendo o sigilo, a privacidade e o anonimato garantido. Na abordagem para realização da coleta de dados será contemplada a preocupação em estabelecer a interação, os vínculos, um ambiente de confiança e respeito, no qual a pesquisadora irá esclarecer os objetivos do estudo, a importância da pesquisa e a relevância de sua participação na entrevista.

As informações obtidas de cada participante são confidenciais e somente serão utilizadas com propósito científico. A pesquisadora e os membros envolvidos neste estudo terão acesso aos arquivos dos participantes, para verificação de dados, sem, contudo, violar a confidencialidade. Embora não estejam previstos riscos à integridade física dos sujeitos, ao patrimônio físico e financeiro da instituição, os pesquisadores se comprometem a ressarcir e/ou indenizar qualquer prejuízo desde que devidamente comprovado.

Do mesmo modo, que caso haja dano comprovado decorrente da participação na pesquisa, o voluntário (a) tem direito a receber indenização caso solicite. Este estudo contempla a realização de etapas importantes para seu desenvolvimento, inicia com a revisão bibliográfica, seguida da apresentação do projeto a instituição e sua submissão ao Comitê de Ética, para então realizarmos o agendamento das entrevistas, a coleta de dados propriamente dita, por fim, a sistematização e análise dos dados, e apresentação dos resultados.

Chamamos a atenção que você precisa consentir sua participação na aplicação do formulário de entrevista. A assinatura deste termo de consentimento formaliza sua autorização para o desenvolvimento de todos os passos anteriormente apresentados. Este termo será assinado em duas vias e a pesquisa cumpre as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4 da Resolução n. 466/12- CONEP.

Por intermédio deste termo é garantido-lhe o direito de: retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto

me traga qualquer prejuízo; solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta pesquisa entrando em contato com a professora orientadora (Telefone: 084- 9998 9859; e-mail: miriam.inacio@gmail.com); ser devidamente esclarecido sobre os objetivos da pesquisa acima mencionada de maneira clara e detalhada; sigilo absoluto sobre seus dados pessoais; a ampla possibilidade de negar-se a responder quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais a sua integridade física, moral e social.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para (Gelmária Rodrigues de Souza, (84) 98719 8066, e-mail: gel-rodrigues@hotmail.com). Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você. Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, telefone: 3342-5003, endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Nata/Rn, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável (**Gelmária Rodrigues de Souza**).

“Declaro estar ciente das informações constantes neste ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’, entendendo que serei resguardado pelo sigilo absoluto de meus dados pessoais e de minha participação na Pesquisa; poderei retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto me traga qualquer prejuízo poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta Pesquisa; que fui devidamente esclarecido sobre os objetivos da pesquisa acima mencionada de maneira clara e detalhada; recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa.

Permito a gravação de minha entrevista, se necessário, que será transcrita, lida e utilizada na referida pesquisa de forma integral ou em partes, sem restrições de prazos e citações, a partir da presente data. As informações são de responsabilidade do pesquisador. Abdico direitos autorais meus e de meus descendentes, subscrevendo o presente termo”.

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

Natal (RN), ____ de _____ de 2017.

Assinatura do Participante da pesquisa

| |
|----------------------------------|
| |
| datiloscópica do participante |

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo da “A Atuação do Serviço Social na Avaliação da Negligência Familiar de crianças sob a perspectiva das determinações sociais da saúde no contexto hospitalar do HPMF no Município de Natal/RN”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, (RN), ____ de _____ de 2017.

Assinatura do (a) Pesquisador (a) responsável

Gelmária Rodrigues de Souza

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

15/07/2017

Plataforma Brasil

Saúde



GELMARIA RODRIGUES DE SOUZA - Pesquisador | V3.0

Cadastros

Sua sessão expira em: 38min 41

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA



- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA AVALIAÇÃO DA NEGLIGÊNCIA FAMILIAR DE CRIANÇAS SOB A PERSPECTIVA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR

Pesquisador Responsável: Miriam de Oliveira Inácio

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05939617.2.0000.5292

Submetido em: 04/04/2017


Instituição Proponente: Departamento de Serviço Social

Situação da Versão do Projeto: Aprovado

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_878993