

Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes*

Social duty: privileged space for identification/notice
of violence against children and adolescents

*Fernanda de Oliveira Monteiro***



Resumo: Este artigo tem como proposta problematizar a concepção de plantão social, que vigora no interior do Serviço Social, discutindo tal estratégia como espaço privilegiado para identificação/notificação de casos de violência praticada contra crianças e adolescentes. Pretende-se ainda refletir sobre os limites e possibilidades de avanço na emancipação dos sujeitos (crianças e adolescentes) vitimizados pela violência doméstica, a partir de uma prática profissional comprometida com a ampliação da cidadania e a defesa intransigente dos direitos humanos.

Palavras-chave: Serviço Social. Plantão social. Violência contra crianças e adolescentes. Notificação.

Abstract: This article proposes to question the concept of social duty inside the Social Services. It discusses such a strategy as a privileged space for identification/notice of violence cases against children and adolescents. It still intends to consider the limits and possibilities of progress in the emancipation of the subjects (children and adolescents) who are the victims of domestic violence, from a professional practice committed to the enlargement of citizenship and the uncompromising defense of human rights.

Keywords: Social Services. Social duty. Violence against children and adolescents. Notice.

* Este artigo é fruto de uma de pesquisa bibliográfica e de campo realizada para obtenção do bacharelado em Serviço Social na Universidade Federal Fluminense de Campos dos Goytacazes.

** Mestranda em Política Social na Universidade Federal Fluminense — Niterói/RJ — Brasil; assistente social do Hospital Estadual Alberto Torres (São Gonçalo/RJ); assistente social do Caps Antônio Carlos Alves Novas de São João da Barra/RJ. *E-mail:* fern_o_monteiro@yahoo.com.br.

1. Plantão social: um lugar de diversidade

O plantão social é um espaço de trabalho do Serviço Social que tem sua origem atrelada à gênese da profissão. Porém sua visão tem se metamorfoseado de acordo com as transformações ocorridas nas características do Serviço Social.

De acordo com Sousa (2004, p. 48), os plantões sociais foram instrumentos utilizados pelos assistentes sociais pioneiros, implantados pelas entidades norte-americanas, quando perceberam a necessidade de sistematizar os atendimentos assistenciais, que foram divididos em casos imediatos e casos continuados. Casos imediatos eram aqueles em que as intervenções ocorriam em momentos de vulnerabilidade, sendo essas rápidas, enquanto os casos continuados se caracterizavam por problemas mais graves, junto aos quais era necessário um contato prolongado entre o assistente social e o usuário (Vieira, 1969, *apud* Sousa, 2004).

Havia uma separação dos assistentes sociais que trabalhavam no plantão daqueles que executavam programas ou realizavam trabalhos mais continuados, ou seja, existiam profissionais especialistas em plantões sociais, que só deveriam trabalhar com enfoque de resolver o problema emergencial do usuário.

Autores como Florence Hollis (1979), Mary Richmond (1950) e Balbina Vieira (1950) defendem que o trabalho no plantão tem como objetivo a escuta do usuário na demanda que ele traz para a instituição, e nesse espaço se pretende desvelar as necessidades pessoais e familiares para buscar, junto com o cliente, solucionar a problemática. Cabe destacar que o responsável pela situação problema vivenciada é do próprio cliente (Amador, 2008).

Vasconcelos (2006b) critica essa visão conservadora do plantão, ao passo que ressalta que os profissionais que trabalham nessa perspectiva têm como objetivo apenas a orientação, o encaminhamento com o fim em si mesmo, o apoio e o aconselhamento, com a finalidade de adaptar o indivíduo ao meio. Assim sendo, torna-se impossível trabalhar na perspectiva de emancipação dos sujeitos e na ampliação de seus direitos, mesmo porque eles não são vistos como portadores de direitos e sujeitos históricos e autônomos, mas como objetos de intervenção do Serviço Social.

Além disso, havia uma tendência de se trabalhar apenas com os problemas apresentados pelos usuários, ou seja, as demandas explícitas, não se processan-

do uma análise das interferências das questões sociais como determinantes dessas problemáticas, mesmo porque a matriz teórico-metodológica que embasava a profissão não era o materialismo histórico-dialético. Buscava-se então atender as demandas individuais dos usuários, de forma estanque, sem estabelecer relações com os possíveis determinantes, ou ainda fazer análises da totalidade dos casos.

Fruto do processo de descentralização, a consequente responsabilização dos municípios pela atenção primária e outros fatores conjunturais¹ tem sido uma tendência para a aquisição de assistentes sociais para se trabalhar em regime de plantão 24 horas em hospitais de urgência e postos de urgência.

No Serviço Social em unidades de saúde de urgência, o assistente social trabalha no regime de plantão e atende os usuários que apresentam necessidades sociais de apoio ao tratamento, à recuperação e, ao mesmo tempo, tenta estabelecer políticas de prevenção e promoção da saúde, atuando nas áreas de recursos institucionais, comunitários, de apoio familiar, entre outras.

Para tais funções, o Serviço Social atua na perspectiva de democratização e socialização de informações sobre a promoção da saúde, prevenção de doenças, de riscos, danos e agravos para os usuários que retornarem do atendimento. Com tal proposta, realiza atividades como: abordagem dos usuários nos leitos; abordagem dos acompanhantes dos usuários; encaminhamentos internos e externos; reuniões de grupo de apoio aos familiares/usuários; visitas domiciliares; contato telefônico com familiares dos usuários ou com outras instituições; disponibilização de transporte para os que não têm condições de se locomover; inserção dos sujeitos atendidos nos projetos desenvolvidos pelo Serviço Social; preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho, notificações de violência praticada contra crianças e adolescentes, idosos e mulheres, bem como informações referentes aos seus direitos previdenciários, entre outras.

1. Cabe-nos pontuar que o processo de descentralização não foi o único fator que influenciou na implementação de plantões 24 horas nas unidades de saúde de urgência. No caso específico de Campos dos Goytacazes, esse processo se deu pela luta dos profissionais de saúde (médicos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros) para o atendimento de uma demanda posta pelos mesmos, e também pelos usuários. No que se refere aos plantões sociais 24 horas nessas unidades, tivemos como variáveis determinantes: a visibilidade e legitimidade que o trabalho dos assistentes sociais vem ganhando ao longo dos anos devido ao seu trabalho; a organização da categoria e a atuação política histórica, especificamente na área da saúde; e a influência do Conselho Regional de Serviço Social (Cress) 7ª Região e da Universidade Federal Fluminense (UFF) de Campos dos Goytacazes na articulação política para que a inserção desses profissionais nesses espaços de trabalho se efetuassem.

As problemáticas que aparecem no plantão social desses hospitais são diversas, tendo os assistentes sociais um leque de possibilidades de trabalho. São problemáticas que fazem parte de campos como: doenças sexualmente transmissíveis; saúde do trabalhador; questões previdenciárias e trabalhistas; saúde da criança (suplementação alimentar); saúde da mulher (pré-natal, planejamento familiar); esclarecimento sobre prevenção de doenças crônico-degenerativas, especialmente diabetes e hipertensão; dependência química (alcoolismo e drogas em geral) e violência (contra criança e adolescentes, idosos, mulheres, entre outras).

No que tange ao assunto plantão social, há, sobretudo nos dias atuais, uma carência de referências sobre o assunto, porém por meio de alguns estudos existentes e de algumas pesquisas, vemos que o plantão social ainda é marcado por alguns estigmas, sobretudo por alguns ranços conservadores oriundos do seu processo histórico.

Conforme pesquisa realizada por Ana Maria de Vasconcelos (2006b) em hospitais do Rio de Janeiro, o plantão social é tido como espaço de trabalho pela maioria dos assistentes sociais, de atendimento imediato e rotineiro, não atribuindo a este a caracterização de desafiante. Podemos fazer uma apreciação desse resultado se procedermos a uma retomada do histórico da profissão, em que a caridade e a filantropia eram marcas centrais.

Os assistentes sociais trabalham em sua grande parte com foco no procedimento, ao passo que são realizados encaminhamentos de acordo com a problemática que lhe é apresentada. No que se refere ao lócus da intervenção social temos uma diversidade de campos de atuação, já que se trabalha, ou pelo menos se deveria trabalhar na perspectiva de educação, democratização e socialização de informações, esclarecimentos sobre prevenção, promoção, reabilitação e cura das doenças, entre outras.

Sobre a diversidade própria do plantão social, Vasconcelos (2006a) aponta que ele tem sido caracterizado como uma atividade receptora de qualquer demanda da unidade/usuários, funcionando em grande parte em locais precários, fazendo parte de qualquer unidade de saúde e sendo o ponto de referência para o atendimento nas unidades de atenção básica e secundária (média complexidade).

As demandas do plantão social são atendidas individualmente através de orientações diversas, encaminhamentos (internos e/ou externos), informações,

providências, apoio, aconselhamento, entre outras atividades que variam de acordo com as características das unidades de saúde em que são desenvolvidos.

Porém, ao observarmos criticamente a prática de alguns assistentes sociais que trabalham em plantão, detectamos muitas vezes a não sistematização de tal prática, a subordinação em relação aos objetivos institucionais, a falta de planejamento, a limitação na execução de tarefas meramente burocráticas e, principalmente a visível dificuldade de se trabalhar na perspectiva do coletivo.

Segundo Vasconcelos (2006a, p. 249-250),

o plantão não é planejado, sistematizado nem avaliado nas suas conseqüências; assim, não conta com quantificação estatística dos atendimentos, objetivando conhecer a variação da demanda, as solicitações por serviços e recursos materiais e a própria utilização do Serviço Social e dos serviços da unidade, conseqüentemente, não conta com observação, análise e avaliação sistemática de seu processo.

A autora ainda acrescenta que ele

constitui-se em ações imediatas, isoladas e assistemáticas, que promovem encaminhamentos, orientações, aconselhamentos, e apoio sobre a(s) doença(s), ações com um fim em si mesmo, na medida em que, não estão articuladas a programas e projetos que atinjam e/ou absorvam os usuários de forma sistemática e continuada, no sentido de oferecer suporte contínuo às demandas explícitas, mas principalmente às demandas implícitas por promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças, danos, agravos e riscos.

Ainda que a prática profissional nos plantões sociais das unidades de saúde para atendimento de urgência seja permeada por inúmeros conflitos e tensões, uma vez que a rotatividade dos atendimentos é intensa, o profissional não pode se deixar asfixiar por tal rotina, devendo o mesmo realizar uma suspensão do real que ora se apresenta, buscando compreender seu movimento, vislumbrando alternativas de ação.

2. Violência contra crianças e adolescentes: entre fatos e relatos

A violência é um fenômeno social e histórico de grande relevância na atualidade. Ela pode ser entendida como o “evento representado por ações realizadas

por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros” (Minayo e Souza, 1997, p. 514). Nesse sentido, apresenta profundas raízes nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos.

A violência tem uma dimensão multifacetada, posto que influencia em vários aspectos do homem e da sociedade, sendo um deles a saúde. Isso pode ser observado em um documento da Organização Pan-Americana de Saúde, que afirma que

a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu em um problema de saúde pública em vários países [...]. O setor de saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de emergência, de atuação especializada, de reabilitação física, psicológica e o de assistência social. (Organização Pan-Americana de Saúde, 1993, *apud* Minayo, 1994, p. 9)

A discussão da violência no Brasil como questão de saúde pública começou a tomar visibilidade na década de 1960, primeiramente, com a temática da violência contra crianças e adolescentes, tendo como marco as denúncias realizadas pelos profissionais de saúde sobre sua influência para o desenvolvimento biopsicossocial das mesmas.

Nos anos 1980 é que se deu efetivamente a entrada do tema violência na agenda dos debates políticos e sociais e no âmbito programático da saúde.

O Brasil ocupa a quarta posição no *ranking* da violência na América Latina, sendo as violências e os acidentes (causas externas) responsáveis pela segunda causa de mortes em geral e a primeira causa de mortes no que compreende a faixa etária de 5 a 49 anos (Minayo, 2006).

Diante desse quadro alarmante, nos últimos anos vem ocorrendo um crescente reconhecimento de que os serviços de saúde têm um importante papel no enfrentamento da violência, sendo chamado a responder e participar por meio das suas diversas possibilidades de atuação. Através de um olhar cada vez mais atento dos profissionais da saúde, vislumbra-se a necessidade de elaborar propostas de ação voltadas para a prevenção, a identificação e o acompanhamento do número crescente de vítimas da violência.

Segundo Moura e Reichenheim (2005, p. 1.125),

os serviços de saúde podem desempenhar um papel importante na implementação das modificações necessárias por se apresentarem como locais propícios à revelação dos casos de violência familiar. Esta prerrogativa pode contribuir de maneira decisiva, não só na identificação dos eventos que merecem atuação imediata ou mediata, mas também para um conhecimento mais consistente da magnitude do problema. [...] Estudos revelam que os dados gerados no âmbito da saúde tendem a ser mais completos do que os provenientes de outros setores, tais como os oriundos dos setores policial e jurídico.

Além disso, a inserção e o enfrentamento da temática da violência pelo campo da saúde pública procedem do fato de a mesma estar preocupada com as vítimas no sentido em que trabalha para a promoção da saúde e da qualidade de vida, ao contrário da segurança pública, que a enfrenta com o objetivo de repreender e encontrar os culpados por suas causas.

Assim sendo, a violência tem sido uma das demandas mais alarmantes na realidade dos hospitais e unidades de saúde.

Há diversas tipologias da violência, entre elas, a violência autoinfligida,² a violência interpessoal³ e a violência coletiva.⁴ Deter-nos-emos aqui na discussão de um dos tipos de violência interpessoal, que é a intrafamiliar, ou também denominada violência doméstica.

Segundo Minayo (2006, p. 80),

por violência intrafamiliar entende-se a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. Inclui as várias formas de agressão contra crianças, contra a mulher ou homem e contra os idosos no âmbito doméstico. Considera-se que a violência intrafamiliar é, em geral, uma forma de comunicação entre as pessoas e, quando numa família se detecta um tipo de abuso, com frequência, ali existe uma inter-relação que expressa várias formas de violência.

2. É aquela em que as agressões são destinadas a si próprio e as automutilações (Minayo, 2006).

3. Abarca as violências intrafamiliar (que ocorrem entre membros da família, sobretudo no domicílio, mas não exclusivamente) e comunitária (engendra-se no ambiente social em geral, entre pessoas próximas ou desconhecidas) (Idem).

4. Segundo Minayo (Idem, p. 81), são “os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado”.

Analisaremos a violência doméstica contra crianças e adolescentes, especificamente em suas quatro caracterizações de violência (abusos e maus-tratos):⁵ física, sexual, psicológica e negligência ou omissão.

De acordo com o Relatório do Estudo das Nações Unidas sobre a Violência contra crianças e adolescentes,

a violência contra crianças e adolescentes existe em todos os lugares, em todos os países e sociedades e afeta a todos os grupos sociais. [...] A maior parte dos atos violentos contra crianças e adolescentes é realizada por pessoas que eles conhecem e em que eles deveriam poder confiar [...]. Sendo que as consequências podem variar de acordo com a natureza e a gravidade da violência infligida, as repercussões a curto e longo prazos para as crianças e adolescentes e para o conjunto da sociedade são graves e prejudiciais. (World Health Organization, 2006; tradução da autora)

A violência doméstica contra crianças e adolescentes é de difícil detecção, já que ocorre em um ambiente privado, ou seja, dentro do lar, além de ser incentivada pela cultura patriarcal e machista em nosso país, em que há uma relação de poder entre pais e filhos e na qual estabelece que alguns tipos de violência são formas de educar.

É relevante ressaltar ainda que tal violência está presente em qualquer classe social, independentemente de raça, credo ou cultura. Cabe situar também que em grande parte das vezes evidencia-se o abuso do álcool atrelado a maus-tratos de crianças. Algumas pesquisas concluíram que seu uso triplica o risco de abuso infantil (Algeri e Souza, 2006).

A violência ou abuso físico se caracteriza pela ação intencional ou não acidental, por meio da força cometida por um adulto que provoque injúrias, dor ou ocasione consequências leves ou extremas, como a morte.

De acordo com levantamentos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), cerca de 20% das crianças na atualidade no Brasil

5. Abuso ou maus-tratos é definido “pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa” (Deslandes, 1994).

sofrem violência física, sendo que em 80% dos casos os perpetradores da violência são os próprios pais.

Já a violência ou o abuso sexual é entendido como ato ou jogo sexual que ocorre nas relações homo ou heterossexuais e visa estimular ou utilizar a vítima para obter prazer sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento ou de violência física.

No que tange à violência sexual contra crianças e adolescentes, a OMS estima que 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos abaixo de dezoito anos foram forçados a manter relações sexuais ou sofreram outras formas de violência sexual que envolveram contato físico em 2002 (World Health Organization, 2006).

Porém, de acordo com Ribeiro, Ferreira e Reis (2004, p. 457), “no Brasil, inexistem dados globais a respeito do fenômeno, estimando-se que menos de 10% dos casos chegam às delegacias, o que reafirma a questão da subnotificação”.

Nos casos de violência sexual, ocorre o atrelamento em grande parte com outros tipos de violências, já que causam lesões físicas e genitais, além de influenciar no psíquico da vítima. Somando-se a isso, as crianças e adolescentes se tornam propícias aos distúrbios sexuais, ao uso de drogas, à prostituição, à depressão e ao suicídio. Podem ainda estar expostas a contrair doenças sexualmente transmissíveis como a Aids, e podem devido a estupro, ter uma gravidez não desejada (Ribeiro, Ferreira e Reis, 2004)

De acordo com diversas pesquisas⁶ sobre o tema, os principais perpetradores desse tipo de violência são os pais e os padrastos, incidindo em sua grande parte contra meninas.

No que se refere à violência psicológica, estão as agressões verbais e gestuais, com o objetivo de atemorizar, rejeitar, envergonhar a vítima, restringir sua liberdade ou isolá-la do convívio social. Esse tipo de violência é o de mais difícil detecção, já que não deixa marcas visíveis, o que impede o seu desvelamento.

A negligência e/ou a omissão inclui a ausência, a negação ou a deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados, quando isso é essencial ao seu desenvolvimento sadio. Essa negligência pode

6. Consultar Ribeiro, Ferriani e Reis (2001).

ser de dois tipos: física e emocional. A física se caracteriza pelo risco oriundo da inadequação de nutrição, vestimenta, higiene e atenção ou cuidado. Já a emocional se refere à falha no provimento de suporte emocional adequado ou por se relacionar à permissão que a criança presencie violência doméstica (Weber *et al.*, 2002).

Conforme pesquisas realizadas no Brasil, esse tipo de violência é o segundo no *ranking* de ocorrências, estando atrás apenas da violência física. Para Deslandes (1994, p. 183),

a relevância da porcentagem para a negligência, ao que tudo indica, está associada a situações limítrofes entre pobreza e maus-tratos. Ou seja, uma vez que a negligência se define pela omissão no trato dos cuidados e necessidades da criança, a reconhecida ausência de condições econômicas dessas famílias muitas vezes dificulta um julgamento mais preciso entre prática abusiva e impossibilidade de prover a atenção.

Em 1990, tivemos a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, que veio a substituir o Código de Menores, fruto do protagonismo dos movimentos sociais e de muitos profissionais, sobretudo da área da saúde, em prol da cidadania da infância e juventude brasileira. A criação deste Estatuto trouxe significativo avanço para a promoção da vida das crianças e adolescentes, já que passou a enxergá-las como sujeitos de direitos inquebrantáveis em nível legal, o que se diferencia bastante do Código de Menores, que servia como um tratado voltado para crianças em situação irregular.

Seu artigo 5º dispõe que nenhuma criança ou adolescente será tida como “objeto de qualquer forma de negligência, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (Brasil, 1990).

Entretanto, apesar de a legislação estabelecer o direito de cidadania das crianças e adolescentes, podemos observar que nem sempre esta é a realidade com a qual nos deparamos cotidianamente.

No Brasil, há uma carência de dados fidedignos sobre violência contra crianças e adolescentes, o que torna prejudicada a tentativa de estabelecer medidas para o enfrentamento dessa temática. Dessa forma, para termos uma ideia desses números, são realizadas comparações com outros países. Nos Estados

Unidos estima-se que cerca de 1% da população infantojuvenil é maltratada a cada ano. Por analogia com os índices norte-americanos e considerando-se a população brasileira em 181 milhões, sendo 72 milhões menores de dezenove anos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008), estima-se que, por ano, são vítimas da violência doméstica, no Brasil, 726 mil crianças/adolescentes, ou seja, 82 por hora ou mais de um por minuto (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção a Infância e a Adolescência, 2008).

Diante do exposto, percebe-se que a discussão da temática violência contra crianças e adolescentes requer um olhar atento, devido aos seus determinantes e ao seu grau de complexidade. Constituindo-se um fenômeno que também influencia a saúde dos indivíduos, seu enfrentamento é um desafio.

Os hospitais de urgência e emergência são as portas de entradas preferenciais para esse tipo de atendimento. Assim sendo, é necessário realizar uma análise da atuação dos profissionais de saúde, sobretudo dos assistentes sociais, que configuram nosso objeto de estudo diante dessa problemática.

Concordamos com Deslandes (1999, p. 83) quando afirma, que

em nenhum outro serviço de saúde a violência adquire tamanha visibilidade como na emergência. [...]. Podemos mesmo dizer que o atendimento de emergência é um poderoso indicador da violência que ocorre na cidade. É para lá que acorrem ou são levadas suas vítimas em situações de trauma ou iminência de morte. Para muitas pessoas, é a única vez em que estará, enquanto vítima de uma agressão, diante de um profissional de saúde (que é um representante do poder público).

É nesse espaço de trabalho que os profissionais se defrontam com os casos de violência contra crianças e adolescentes, sendo um desses profissionais o assistente social, dada a dimensão social da violência.

É mister realizar uma análise da atuação desse profissional diante dos casos de violência, de maneira a entender o problema, assim como buscar a otimização de sua atuação diante da mesma, de forma a termos a concretização da prevenção, promoção, reabilitação e cura do usuário que se apresenta na unidade de saúde, além de trabalhar em prol da autonomia e da emancipação do mesmo como sujeito de direitos.

O procedimento que vem sendo realizado de forma geral nas unidades de saúde se caracteriza pelo recebimento da denúncia, pela identificação ou sus-

peita, sendo preenchida uma ficha de notificação compulsória, e em alguns casos é elaborado um relatório para o Conselho Tutelar, de forma, a dar um encaminhamento ao caso.

Porém nem sempre os casos de violência chegam às unidades de saúde por meio de denúncia. Grande parte das vezes, o caso se dá em forma de suspeita pelos profissionais de saúde, quando os usuários aparecem na unidade apresentando um tipo de demanda diferente da violência. É necessário então um olhar aprofundado do profissional para desvelar a demanda implícita que o sujeito apresenta. Mas esse desnudamento do real não é tarefa fácil, pois requer uma análise diferenciada e baseada num arcabouço teórico que a oriente.

Uma das problemáticas que envolve essa questão do desvendamento da violência é a falta de conhecimento e competência teórica e técnica desse profissional que está atendendo, seja pela não inserção dessa temática nos currículos dos cursos de graduação dos profissionais de saúde, seja pela falta de comprometimento do profissional. Em qualquer um dos casos, o principal prejudicado é o usuário, ao qual será negado o direito à promoção de sua saúde e da sua qualidade de vida. Além disso, mais à frente, como bem se sabe, estaremos retroalimentando o círculo vicioso da violência social.

É relevante destacar também a importância de se realizar um trabalho multiprofissional nas unidades de saúde, diante dos casos de violência contra crianças e adolescentes, já que a violência é um fenômeno que afeta o sujeito em várias dimensões, sendo ela física, quando será tratada pelo médico e/ou enfermeiro; psíquica, na qual o psicólogo trará grandes contribuições; ou social, em que o assistente social deverá desvelar as redes sociais desse indivíduo e trabalhar na perspectiva de promoção do mesmo como sujeito de direitos.

O trabalho do assistente social no plantão é marcado por inúmeras discussões e contradições. Para o senso comum, assim como para parte da categoria desses profissionais, o plantão social é considerado um espaço de trabalho no qual o atendimento se dá de forma pontual, fragmentada e emergente, como já enfatizamos. Assim sendo, o enfrentamento dos casos de violência contra crianças e adolescentes acaba por ser tratado dessa forma.

Porém, como já mencionado, consideramos que o plantão social é um espaço privilegiado de atuação, posto que é nele que aparecem o maior e o mais

complexo número das demandas dos usuários, cabendo ao profissional, por meio de uma atuação competente e consonante com seu Código de Ética, trabalhar na perspectiva da promoção desse sujeito. Para tanto, de modo geral, mas de forma mais específica nos casos de violência contra crianças e adolescentes, é preciso discutir e tomar como imprescindível a sistematização, a referência, a contrarreferência e a integralidade do atendimento.

Na realidade das unidades de saúde de urgência que trabalham com plantões, podemos observar uma não sistematização dos atendimentos de forma geral, e mais especificamente nos casos de violência contra crianças e adolescentes. O mesmo ocorre em relação à referência, à contrarreferência e à integralidade das ações.

Isso acontece prioritariamente pelo fato de que o plantão social vem sendo caracterizado como um espaço onde as atividades não são pensadas, planejadas, nem organizadas, reduzindo-se as ações isoladas de forma a solucionar o problema do usuário (Vasconcelos, 2006a). O que é discrepante com sua real finalidade e caracterização, e contraria os princípios fundamentais do Código de Ética do Assistente Social, já que as consequências dessas ações desarticuladas e descomprometidas são a não efetivação dos direitos sociais e a negação do acesso a um atendimento de qualidade que promova a saúde dos usuários.

A sistematização nos casos de violência contra crianças e adolescentes é de extrema importância, posto que permitirá um conhecimento desse usuário e do seu histórico de vida, e de violência perpetrada contra ele, caso seja necessário. Além disso, essa sistematização impede a fragilização cada vez maior do usuário, ao passo que o mesmo tem que contar seu histórico de violência para todos os profissionais que o atenderem, o que causará uma revivência do caso desnecessária e traumatizante.

Cabe, porém, ressaltar que de forma a garantir o sigilo dessa informação e preservar o sujeito, só deverão ter acesso os profissionais envolvidos diretamente nos casos. O sigilo está abarcado no Código de Ética do Assistente Social (1993) como sendo direito e dever do profissional.

Essa sistematização a que nos referimos trata da elaboração de fichas, ou documentos concernentes aos usuários que sofreram ou estiveram envolvidos em casos de violência intrafamiliar. Ela é importante também, principalmente nos plantões 24 horas dos assistentes sociais, pois possibilitaria o conhecimen-

to dos casos por todos os profissionais da equipe, o que causaria uma maior rapidez, eficiência e eficácia no atendimento social.

A sistematização da prática profissional traria ainda uma possibilidade de trabalhar as demandas coletivas desses usuários, por meio da criação de programas e projetos específicos para tratamento dos casos de violência.

A sistematização e a divulgação do conhecimento construído sobre as condições de vida da população e dos recursos disponíveis para garantia de direitos é papel crucial a ser desempenhado pelo Serviço Social como requisito necessário para a tomada de consciência da qualidade de vida da própria população, mobilização acerca de direitos sociais e, fundamentalmente, para democratização das relações socioinstitucionais. (Sarmiento, 2000, p. 108)

No que tange à referência, esta é caracterizada pelos encaminhamentos dados pelo assistente social, sejam eles para o Conselho Tutelar, por meio de notificação, para o psicólogo da unidade de saúde, ou para outro setor qualquer, na tentativa de solucionar ou minorar as consequências do quadro de violência apresentado pelo usuário. Essa referência é de notável importância e deve ser realizada de forma que haja uma integralidade das ações, integralidade que propicia que o atendimento dado ao usuário seja o mais totalizante e completo possível. Aí está o diferencial do trabalho do assistente social, por meio de uma análise das mediações dos determinantes que afetam a vida e o quadro de saúde desse sujeito que se apresenta na unidade de saúde.

Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 331),

o conceito de integralidade remete, [...] obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais [...] em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população.

A contrarreferência, por sua vez, se caracteriza pela resposta dada, o retorno do encaminhamento feito pelo assistente social. É a informação da resolução dada ou não ao caso do usuário. Ela é importante, pois permite uma atuação competente, na medida em que torna possível o conhecimento integral do caso, bem como a efetivação de ações complementares que venham a garantir a resolutividade do problema apresentado pelo indivíduo em questão.

3. Notificações e ações: a solução emergencial e a ação competente

Segundo Moura (2005, p. 1.125), os serviços de saúde podem desempenhar um papel importante na implementação das modificações necessárias (no que se refere a promoção e prevenção) por se apresentarem como locais propícios à revelação dos casos de violência familiar, sendo que é nesse setor que temos a maior presença de usuários, bem como possibilidade de um maior contato com os mesmos.

Diante da realidade atual, o procedimento que vem sendo seguido e estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente é proceder a denúncia ao Conselho Tutelar, que segundo o artigo 131 do ECA, “é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta lei”.

Os órgãos de proteção à criança e ao adolescente, tais como os Conselhos de Direito, Conselhos Tutelares, Promotoria e Juizado da Infância e Adolescência, [...], compõem a rede de apoio social para as vítimas e suas famílias. A ação desta rede inicia, na maioria dos casos, com o acolhimento da denúncia [...] por esta razão a revelação da criança é um momento crucial que pode, por si só, apresentar um risco de revitimização quando os profissionais não adotam as medidas de proteção previstas em lei. (Habigzang *et al.*, 2006, p. 381)

O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) foi um avanço, entre outros motivos, pela instituição da obrigatoriedade da notificação ao Conselho Tutelar ou a outro órgão correspondente, tanto no que se refere aos profissionais de saúde, quanto às pessoas de modo geral, que tenham conhecimento sobre o abuso, cabendo medidas punitivas por omissão a quem não a proceder, conforme estabelecido em seu artigo 13.

A notificação é um instrumento duplamente importante no combate à violência, pois traz benefícios para os casos individuais e é instrumento de controle epidemiológico da violência (Gonçalves e Ferreira, 2002).

Porém sabemos que a questão da subnotificação da violência no Brasil, sobretudo a que se refere à violência contra crianças e adolescentes, é uma realidade, de forma geral, sendo seu agravamento ocasionado por fatores externos, de responsabilidade social, que podem ser viabilizados por decisões político-administrativos (Costa *et al.*, 2007).

Segundo Weber *et al.* (2002, p. 164),

estima-se que apenas 20% dos casos de maus-tratos sejam denunciados. A notificação dos casos a órgãos competentes é uma prática pouco exercida pela comunidade e o pacto do silêncio paira trazendo danos à criança e sua família.

Concordamos com Azambuja (2005, p. 10) quando pontua que

a subnotificação dos casos de violência contra crianças é um problema grave, na medida em que é partir de dados epidemiológicos que os governantes pautam as ações sociais de prevenção. Ao se mostrar como uma realidade desconhecida, ou mal conhecida, acaba por se configurar como mais uma forma de violência, que opera no nível estrutural: a invisibilidade (que vem acompanhada pelo descaso).

Porém, no que tange à questão da identificação/notificação pelos profissionais de saúde dos casos de maus-tratos, essa muitas vezes não ocorre por diversos fatores, como uma visão tradicional existente que em assuntos de família não deve haver intromissão, ou a incapacidade técnica dos profissionais de saúde (entre eles os assistentes sociais) para a identificação da violência, pelo medo de represálias ou ainda pelo fato de o Conselho algumas vezes não cumprir seu papel.

Cabe-nos ressaltar que a questão da notificação não é algo tão simples, já que envolve inúmeras variáveis. Precisamos levar em conta que existe uma precarização na formação dos profissionais da saúde, que de forma unânime não têm durante sua graduação conteúdos específicos para trabalhar nos casos de violência contra crianças e adolescentes, o que acaba por gerar um desconhecimento e uma incerteza na ação diante dessa problemática nas unidades de saúde.

Há ainda que se discutir que apesar da obrigatoriedade da notificação pelos profissionais de saúde, não existe garantia de sigilo dessa notificação, nem de proteção da integridade do denunciante. Isto acaba por ocasionar uma resistência dos profissionais em realizar tal denúncia por medo de represálias ou ameaças.

Outra problemática que influencia na questão da notificação é o Conselho Tutelar.

Apesar de os Conselhos Tutelares serem os órgãos designados pelo ECA para receber as comunicações de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos, não

estão implementados em todos os municípios brasileiros, e mesmo onde instalados funcionam muitas vezes em condições adversas: trabalhos recentes atestam a falta de infraestrutura para seu funcionamento, a precariedade de serviços de retaguarda para executar as medidas aplicadas, a formação heterogênea dos conselheiros e a grande demanda de serviços que estes órgãos enfrentam. (Camurça, 1999)

É necessário, portanto, que haja maior comprometimento do Estado em garantir a qualidade desse órgão, de forma que ele venha cumprir eficazmente seu papel. Porém não se trata apenas de esperar que isso ocorra, sendo preciso que a sociedade civil exerça sua cidadania no que tange ao controle social, exigindo a efetivação de seus direitos garantidos legalmente. Detectamos ainda a necessidade de realizar a capacitação dos conselheiros, o que embasará um agir competente diante dos casos de violência, otimizando a resolutividade dos mesmos, e a consequente promoção da cidadania e da qualidade de vida desses sujeitos.

Assim, cabe destacar baseado em Ferreira *et al.* (1999, p. 123), que

a notificação é fundamental para o acompanhamento dos casos, uma vez que a equipe passa a ter um parceiro para dividir as medidas a serem tomadas, e tem a quem recorrer em situações de risco que porventura surjam durante o acompanhamento. Além disso, a notificação contribui para fazer cessar ou diminuir a situação de abuso, uma vez que essa passa a ser também objeto da ação legal.

Apesar da importância da notificação e de todo um processo que envolve referência, contrarreferência e integralidade das ações, principalmente nos casos de violência contra crianças e adolescentes, cabe-nos reafirmar a relevância de um exercício profissional competente e comprometido com o Código de Ética do Assistente Social e com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, de forma a se trabalhar a saúde na prevenção, promoção, reabilitação, cura e, principalmente, entendendo-a no seu conceito ampliado.

4. A violência e a atuação dos profissionais diante dessa problemática

Foi realizada uma pesquisa com seis assistentes sociais (sendo uma em cada unidade de saúde) que trabalham no plantão social de hospitais de urgên-

cia ou postos de Urgência, vinculados à Fundação João Barcelos Martins, no município de Campos dos Goytacases (RJ), com o objetivo de levantar os limites e as possibilidades do trabalho na modalidade plantão social 24 horas, correlacionando também essa modalidade com o atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.

Por meio do quadro que segue, apresentamos inicialmente as assistentes sociais entrevistadas.

QUADRO 1

Perfil das assistentes sociais entrevistadas nas unidades de saúde de urgência

Entrevistadas	Faixa Etária	Localização da unidade	Conclusão da graduação	Titulação atual
Assistente Social 1	36 a 40 anos	Zona urbana	1989	Especialista
Assistente Social 2	Mais de 40 anos	Zona rural	1993	Graduada
Assistente Social 3	31 a 35 anos	Zona urbana	1998	Especialista
Assistente Social 4	31 a 35 anos	Zona rural	2001	Especialista
Assistente Social 5	36 a 40 anos	Zona rural	1993	Graduada
Assistente Social 6	31 a 35 anos	Zona rural	1999	Especialista

Nos casos de suspeita e identificação da violência, no âmbito da unidade de saúde, verificou-se que os pediatras e os auxiliares ou técnicos de enfermagem são os primeiros a ter contato com o usuário e acabam por encaminhá-los para o Serviço Social, ou caso haja uma interação entre os profissionais, dão um atendimento multidisciplinar. Já nos casos de denúncia, os usuários costumam ir diretamente ao setor Serviço Social para efetuar-la.

No que tange à questão da interação da equipe diante dos casos de violência, verificou-se que em grande parte das vezes o atendimento é feito por mais de um profissional (sendo em sua maioria pediatra e assistente social), de forma articulada ou individualizada, de acordo com o caso. Logo, não é feito um trabalho integralizado e o psicólogo não participa da intervenção.

Cabe aqui destacar novamente a importância do atendimento do usuário por uma equipe multiprofissional, dado o caráter multifacetado da violência, que gera consequências físicas, psicológicas, sociais, entre outras, que exigirão

um olhar integralizado dos profissionais de saúde, de forma a dar um suporte de qualidade para a criança e/ou adolescente em questão.

Os assistentes sociais das unidades de saúde pesquisadas relataram que o maior percentual de casos de violência contra crianças e adolescentes se refere à negligência, ficando a violência física em segundo lugar, seguida, respectivamente, pela violência sexual e psicológica. A ocorrência da negligência, na maioria dos casos, diverge dos resultados das pesquisas em âmbito nacional, que mostram que a violência física é o principal tipo de violência perpetrada contra crianças e adolescentes.

Foi verificado que o procedimento adotado pelos assistentes sociais diante dos casos de suspeita, identificação ou denúncia de violência contra crianças e adolescentes se constitui no preenchimento da ficha de notificação compulsória, na elaboração de relatórios e no encaminhamento para o Conselho Tutelar. Porém detectamos que apesar de se tratar de unidades de saúde vinculadas à mesma fundação, os procedimentos diferem de acordo com as unidades. Ou seja, há unidades que não utilizam Fichas de Notificação Compulsória e outras que não elaboram relatórios.

Cabe destacar que a não utilização da Ficha de Notificação Compulsória fere o estabelecido na Resolução da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro n. 3.163, de 30 de outubro de 2006, que sanciona a obrigatoriedade da notificação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais e formas de negligência contra crianças e adolescentes atendidos na rede pública ou privada de saúde no âmbito do estado do Rio de Janeiro.

A partir do que foi verificado, em relação à não existência de procedimentos padrões nas unidades de saúde em questão, no que diz respeito ao registro dos casos de violência, avaliamos que devido à não qualidade dos registros, torna-se prejudicada a questão da sistematização das informações e, consequentemente, da prática profissional.

O esforço de sistematização como um componente central do trabalho do assistente social não significa, portanto, apenas a geração de dados e informações, mas um processo que envolve a produção, organização e análise dos mesmos a partir de uma postura crítico-investigativa. [...] A sistematização no trabalho do assistente social é antes de tudo uma estratégia que lhe recobra sua dimensão intelectual, posto que põe em marcha uma reflexão teórica, ou seja, revitaliza e atualiza

o estatuto teórico da profissão, condição social e institucionalmente reconhecida para a formação de quadros nesta profissão. (Almeida, 2006, p. 403)

A comunicação entre a equipe de Serviço Social acontece primordialmente através do livro de ocorrências, no qual os profissionais a cada plantão relatam os casos atendidos, de forma que haja uma comunicação com os assistentes sociais dos próximos plantões. Além dele, quando necessário há uma circulação dos relatórios elaborados pelo assistente social e o contato telefônico em casos especiais.

Apenas uma assistente social sinalizou o uso de algum manual para atuação diante dos casos de violência contra crianças e adolescentes, apesar de existirem manuais e guias de atuação para os casos de violência. Dados de nossa observação sugerem que os mesmos não são utilizados, ou não são conhecidos, o que gera um atendimento precarizado, no qual o prejudicado é o usuário. Como exemplos desses documentos podemos citar: o guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência, elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) em conjunto com outras entidades; um manual do Ministério da Saúde de Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde; um Guia de Orientação para Profissionais de Saúde elaborado pela Abrapia sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes, que discute proteção e prevenção, entre outros.

Todos os profissionais relataram problemas na relação com o Conselho Tutelar. Alguns dos problemas apontados foram: o não atendimento dos casos notificados, seja pela grande demanda seja pela falta de interesse dos conselheiros e a inexistência da contrarreferência dos casos notificados pelos assistentes sociais. Apenas uma assistente social se referiu à relação do Conselho Tutelar com o Serviço Social de forma positiva. Essa mesma entrevistada relatou que não há a contrarreferência por parte do Conselho, mas que por haver uma relação próxima com a comunidade, o profissional acaba ficando informado a resolatividade do caso.

Cabe reafirmar o que está exposto no manual técnico do Ministério da Saúde que “a notificação não é e nem vale como denúncia policial. O profissional de saúde ou qualquer pessoa que informa uma situação de maus-tratos está dizendo ao Conselho Tutelar: esta criança ou este adolescente e sua família precisam de ajuda!” (Brasil, 2002a, p. 14).

Para os profissionais, de forma geral, trabalhar a questão da violência no plantão social (24h) não traz um obstáculo para um melhor atendimento dessa problemática, pois os casos de violência contra crianças e adolescentes ocorrem em horários inoportunos, em que outras unidades de saúde não conseguiriam atender e, sobretudo, porque é um caso de urgência.

As assistentes sociais relataram como limites de se trabalhar a questão da violência contra crianças e adolescentes no plantão social o não acompanhamento das ações, a falta de conhecimento do histórico de vida do usuário, devido à grande rotatividade, o fato de não poder sair do âmbito institucional para acompanhar o caso e a não sistematização das ações.

Como possibilidades de se trabalhar a questão da violência contra crianças e adolescentes no plantão social, as assistentes sociais responderam através de um trabalho educativo, de prevenção, por meio de palestras. Elas consideram possível trabalhar tal problemática de forma otimizada, através da sistematização das informações, e que se pode cobrar, querer saber, acompanhar, dependendo apenas do interesse e empenho profissional. Uma assistente social, destacou que o fato de os casos de violência serem tratados no plantão facilita a notificação dos casos, já que não há uma relação mais estreita do profissional com o usuário e com a comunidade. Porém cabe ressaltar que essa caracterização só ocorre em unidades de saúde em que a rotatividade é grande, e que não há uma presença rotineira dos usuários.

As assistentes sociais foram questionadas também se consideravam o plantão social um espaço propício para a identificação/notificação de violência praticada contra crianças e adolescentes. Como respostas tivemos:

Acho que sim, por se dar na urgência, mas, que só se torna propício na medida em que haja um trabalho multidisciplinar.

Sim, porque é a porta de entrada dos usuários, principalmente para os casos de denúncia.

Sim, porque a violência vem mascarada como questão de saúde.

Sim, pelos casos ocorrerem em horários inoportunos.

Sim, porque é onde a criança chega para um atendimento emergencial.

Diante das opiniões citadas e de acordo com o que vem sendo analisado, é indiscutível a importância do trabalho do assistente social no plantão, princi-

palmente no que se refere à atuação diante dos casos de violência contra crianças e adolescentes. As especificidades da atuação do profissional diante de tal temática se dão pelo fato de a violência não ter hora para ocorrer, sendo sempre um caso de urgência, no qual o usuário a qualquer tempo terá o profissional disponível na unidade de saúde para atendê-lo da forma mais qualificada possível, o que permitirá a promoção da saúde e a emancipação desse usuário como sujeito de direitos.

Por fim, como sugestões das assistentes sociais para se trabalhar a questão da violência de forma otimizada, tivemos: a necessidade de capacitação dos profissionais para atuar diante das problemáticas, necessidade da disseminação dos manuais para os profissionais de saúde, inserção nos currículos dos profissionais de saúde da temática violência, melhor articulação das equipes multiprofissionais, atuação profissional junto aos usuários com vistas à prevenção da violência, o que vem a convergir com o defendido por nós no decorrer deste trabalho e com as pesquisas realizadas no âmbito nacional.

5. Considerações finais

O plantão social em unidades de saúde de urgência é um espaço de múltiplas oportunidades de trabalho social, já que é a porta de entrada para o usuário em termos de possibilidade de se trabalhar na perspectiva de ampliação da cidadania, quer por um atendimento emergencial, quer por um trabalho continuado.

Porém é necessário que, como um espaço em que muitas demandas são emergenciais, não seja tido como lugar no qual são adotadas práticas focalistas, segmentadas, fragmentadas e seletivas, que se caracterizam pelo não planejamento, não sistematização e pela atuação com fim em si mesmo, ou seja, sem objetivo.

Ao contrário, é preciso considerá-lo como um espaço em que o Serviço Social trabalhe de forma competente, técnica, política, teórica, eticamente, e em consonância com os princípios norteadores de seu Código de Ética profissional. Isso se materializará se o profissional transcender o suposto caráter imediatista do plantão, desenvolvendo sua prática a partir do desvendamento do real, dando à situação uma resolução problematizada e integralizada, que

ultrapasse a aparente superficialidade. Atuando dessa forma, o assistente social estará concebendo o usuário como ser social, ou seja, um ser autônomo, consciente e capaz de efetuar mudanças na história e acima de tudo como sujeito de direitos.

Acreditamos que o plantão social, por ser um espaço que permite uma aproximação com os usuários, com os seus problemas cotidianos e emergenciais, é um lócus privilegiado de compreensão das formas de enfrentamento do usuário da questão social (dentro dela a questão da violência contra crianças e adolescentes). Possui, portanto, potencial para produzir ou gerar indicadores importantíssimos para a definição das políticas sociais, sendo também um espaço fundamental para trabalhar na perspectiva de fortalecimento de sujeitos coletivos (Couto, 2000).

No que se refere à questão da violência perpetrada contra crianças e adolescentes, que surge como demanda no plantão social, cabe-nos reiterar a importância desse espaço para a notificação dos casos de suspeita, identificação e denúncia, posto que nele são desveladas as nuances desse fenômeno, dado o caráter de urgência que lhe é peculiar.

É relevante ressaltar também a pertinência de se discutir medidas a serem tomadas, de forma que a atuação dos profissionais de saúde, de modo especial dos assistentes sociais, seja direcionada no sentido de um atendimento de melhor qualidade. Porém isso só será possível por meio de uma discussão ampla nas categorias profissionais sobre como proceder diante de um fenômeno tão alarmante na atualidade, como é o caso da violência contra crianças e adolescentes.

Outro ponto a ser levantado é do papel que vem sendo realizado pelos Conselhos Tutelares, órgãos que deveriam garantir a proteção das crianças e adolescentes, mas que vêm passando por várias dificuldades, tanto no que tange a questões estruturais e financeiras, quanto no que concerne à capacitação técnica de seus técnicos. Torna-se proeminente rever as formas de gestão e controle desses órgãos, de modo a restituir aos usuários desse serviço o direito do atendimento de qualidade, de forma a efetivar os seus direitos de cidadania.

De forma mais específica, deve-se analisar o papel do assistente social diante de tal problemática. Só através de uma atuação profissional competente que busque dar uma resolutividade de qualidade para o caso por intermédio de um trabalho que abarque a integralidade e a sistematização das ações, o usuário poderá ser concebido como sujeito de direitos.

Diante do que foi exposto, podemos afirmar que apesar dos limites encontrados no trabalho dos assistentes sociais nos plantões sociais, há um leque de possibilidades a ser concretizado, de modo a cumprir um compromisso ético-político de emancipação dos usuários de forma geral e, mais especificamente, no trabalho, na perspectiva da promoção, prevenção, recuperação da saúde do usuário e na efetivação de uma qualidade de vida melhor para o mesmo e a comunidade, posto ser o plantão social um lugar de diversidade.

Artigo recebido em jul./2009 ■ Aprovado em jun./2010

Referências bibliográficas

ALGERI, S.; SOUZA, L. M. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 14, n. 4, p. 625-631, jul./ago. 2006.

ALMEIDA, N. L. T. Retomando a temática de Sistematização da Prática em Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

AMADOR, J. R. O. *A prática do Serviço Social no plantão: análise da inserção profissional na seguridade social em Bom Jesus do Itabapoana/RJ*. Rio de Janeiro: UERJ/CCS, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA. Alguns dados sobre violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes. Disponível em: <http://www.abrapia.org.br/homepage/dados_sobre_violencia/dados_sobre_violencia_domestica.html>. Acesso em: 15 fev. 2008.

AZAMBUJA, M. P. R. Violência doméstica: reflexões sobre o agir profissional. *Psicol. Cienc. Prof.*, v. 25, n. 1, p. 4-13, mar. 2005.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 7ª Região, Rio de Janeiro. *Coletânea de leis e resoluções*. 4. ed. Rio de Janeiro: Lidador, 2005a.

_____. Ministério da Assistência Social. Lei Orgânica da Saúde. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO, 7ª Região, Rio de Janeiro. *Coletânea de leis e resoluções*. 4. ed. Rio de Janeiro: Lidador, 2005b.

BRASIL. Lidando com situações de violência. In: _____. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. *Cadernos de Atenção Básica*, Brasília: Ministério da Saúde, n. 8, 2002a. (Série A, Normas e Manuais Técnicos, 131.)

_____. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. (Série A, 167.)

CAMURÇA, M. Considerações sobre a atuação e o funcionamento dos Conselhos Tutelares no município do Rio de Janeiro. Programa infância desfavorecida no meio urbano da Comissão das Comunidades Europeias-Brasil. Projeto: Monitoramento da aplicação do Estatuto da Criança e do Adolescente: o papel dos Conselhos Tutelares. Instituto de Estudos da Religião (Iser). Rio de Janeiro, jun. 1999. (Versão preliminar.)

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 7ª Região, Rio de Janeiro. Código de Ética Profissional. In: _____. *Coletânea de leis e resoluções*. 4. ed. Rio de Janeiro: Lidador, 2005.

COSTA, M. C. O. *et al.* O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1.129-1.141, set./out. 2007.

COUTO, B. R. O processo de trabalho do assistente social na esfera municipal. In: PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL. Brasília: UnB, 2000. Módulo IV: O trabalho do assistente social e as políticas sociais.

DESLANDES, S. F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 10, p. 177-187, 1994.

_____. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas”. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

DREZETT, J. *et al.* Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, v. 77, n. 5, p. 413-419, set./out. 2001.

FERREIRA, A. L. *et al.* A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 123-130, 1999.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315-319, jan./fev. 2002.

HABIGZANG, L. F. et al. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 379-386, 2006.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 20, supl. 2, p. 331-336, 2004.

HOLLIS. Florence. Serviço Social de caso: o modelo psicossocial. *CBCISS*, Rio de Janeiro, n. 109, 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2008.

MINAYO, M. C. S. *A saúde em estado de choque*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1992.

_____. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. S7-S18, 1994.

_____; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1997.

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1.124-1.133, jul./ago. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Violencia y salud*: resolución n. 19. Washington, DC: OPAS, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Salud mundial*. Genebra: OMS, 1993.

_____. Violência: um problema mundial de saúde pública. In: _____. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS, 2002. p. 1-22.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. G. C.; REIS, J. N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-464, mar./abr. 2004.

RICHMOND, M. E. *Diagnóstico social*. Lisboa: Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, 1950.

SARMENTO, H. B. M. Serviço Social das tradicionais formas de regulação sócio-política ao redimensionamento de suas funções sociais. In: PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL. Brasília: UnB, 2000. Módulo 4.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (Rio de Janeiro). Resolução SES n. 3.163. Disponível em: <www.saude.rj.gov.br/Publicacoes/Res3163.doc>. Acesso em: 25 maio 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência*. Rio de Janeiro: SBP; 2001.

SOUSA, M. I. N. F. *O plantão do Serviço Social nas Unidades Básicas de Saúde — UBS de Franca: reflexão dessa prática sob um novo olhar*. Franca, 2004. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) — Universidade Estadual de São Paulo. Franca, 2004.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e Práticas Democráticas em Saúde. In: MOTA, A. E. *et al.* (orgs.) *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006a.

_____. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006b.

VIEIRA, B. O. O plantão do Serviço Social de casos. *Cadernos de Serviço Social*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 10, ago. 1950.

_____. *Serviço Social: processos e técnicas*. Rio de Janeiro: Agir, 1969.

WEBER, L. N. D. *et al.* Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. *PsicoUSF*, Itatiba, v. 7, n. 2, p. 163-173, dez. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World report on violence against children*. Geneva: World Health Organization: 2006.