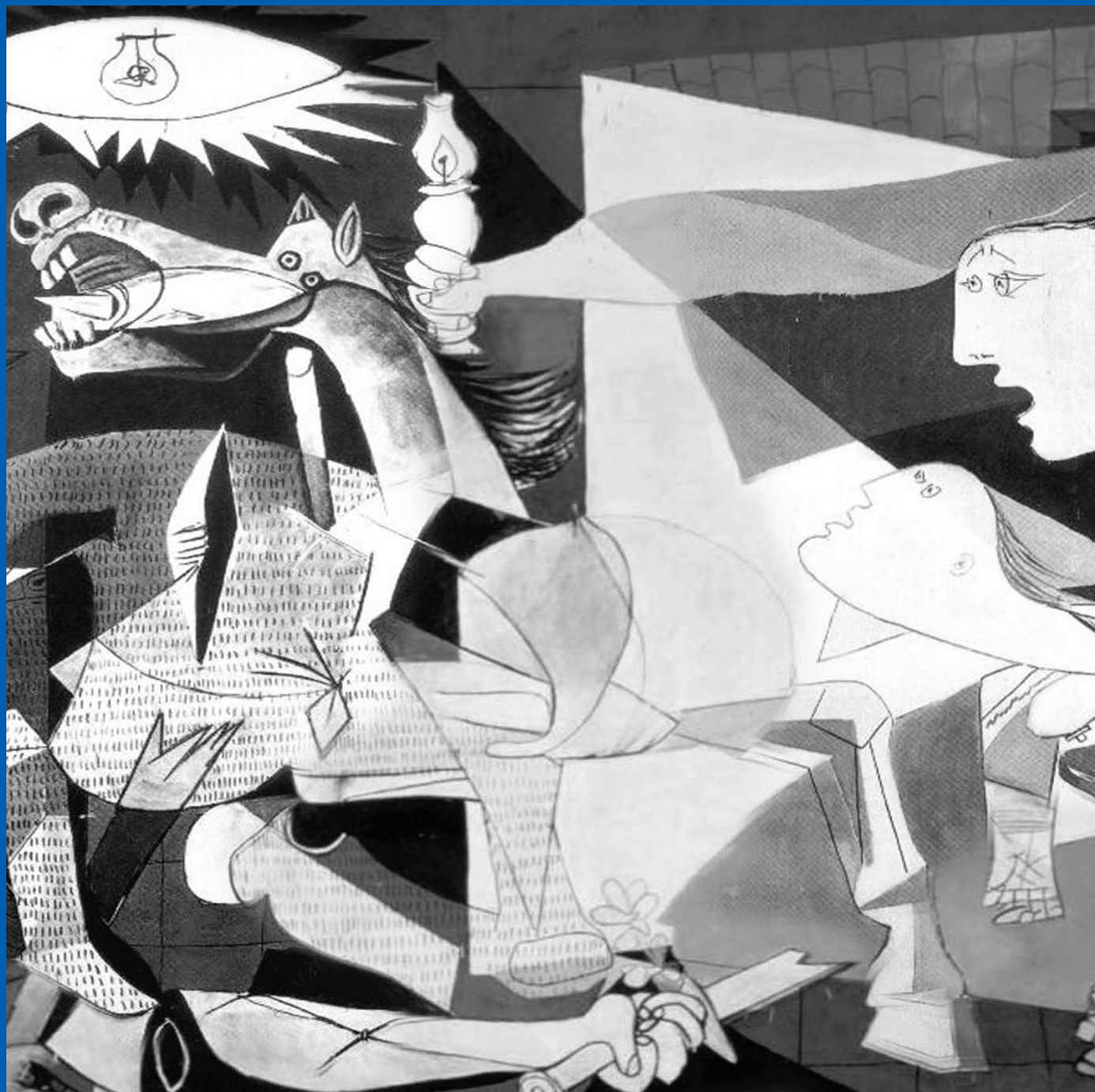


BIS

Boletim do Instituto de Saúde
Volume 14 - Número 3 - Agosto de 2013
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



Enfrentamento da violência pela Saúde

Sumário

Editorial

Kátia Cibelle Machado Pirotta, Maria de Lima Salum e Morais, Suzana Kalckmann, Márcio Derbli.....257

• **Oficina pedagógica com profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF): (re)significando a prática assistencial às mulheres em situação de violência • Educational workshops with professionals of the Family Health Teams (EqSF): (re)signifying care practice for women in situations of violence**

Ethel Bastos da Silva, Laura Ferreira Cortes, Stela Maris de Mello Padoin, Lucila Amaral Carneiro Vianna.....259

• **O setor saúde e a configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica • The health sector and the configuration of the social network women in domestic violence situations**

Maria de Lourdes Dutra, Wilza Vieira Villela.....266

• **O impasse na suspeita ou na confirmação de abuso sexual infantil: a necessidade de encontrar marcas físicas • The dilemma of suspecting vs confirming child sex abuse: the need of finding physical evidence**

Maria Theresa Bittencourt Pavão.....274

• **Identificando potencialidades e fragilidades do trabalho em rede de proteção contra a violência na infância • Identifying strengths and weaknesses of networking protection against child hood violence**

Ana Paula Pereira Fernandes, Verônica de Azevedo Mazza.....280

• **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família • Mis treatment reports against children and adolescents under the lens of Family Health Strategy professional**

Aline de Souza Pereira, Monich Wlândia Teixeira Dias, Geisy Lanne Muniz Luna, Deborah Pedrosa Moreira, Livia de Andrade Marques, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira.....289

• **O perfil epidemiológico dos casos notificados por violência doméstica, sexual ou outras violências interpessoais em Chapadão do Sul (MS) • The epidemiological profile of cases reported by domestic violence, sexual and/or other interpersonal violence in Chapadão do Sul (MS, Brazil)**

Seloi da Rosa Weber Galindo, Marta Roverly de Souza.....296

• **A gestão da vigilância de violências e acidentes e promoção da saúde no Paraná como uma resposta para o enfrentamento da violência doméstica e sexual • Management of violence and accidents surveillance and health promotion in Paraná as a responde to fighting domestic and sexual violence**

Terezinha Maria Mafioletti, Emerson Luiz Peres, Alice Eugênia Tisserant.....303

• **Morbidade por causas externas: os casos não registrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) • Morbidity due to external causes: the many unreported cases by the Unified Health System (SUS)**

Roberto dos Santos Lacerda, Edna Maria de Araújo, Vijaya Krisna Hogan, Ionara Magalhães de Souza.....312

• **Limitações no atendimento, pelas delegacias especializadas, das mulheres que sofrem violência sexual • Limitations in the assistance to women who suffer sexual violence by the Specialized Police Stations**

Maria José Duarte Osis, Karla Simônia de Pádua, Aníbal Faúndes.....320

• Violência associada ao uso de álcool e outras drogas: olhares da Justiça e da Saúde • Violence associated to the alcohol and other drugs' users: look of the both Justice and Health

Helton Alves de Lima, Maria de Lima Salum e Moraes, Tereza Etsuko da Costa Rosa, Marisa Feffermann, Carlos Tato Cortizo, Siomara Roberta de Siqueira.....329

• Adoção de orientações visando à prevenção da violência contra escolares: uma ação conjunta entre a saúde e a educação • Adoption of guidelines for the prevention of violence against children: a health and education joint action

Regina Figueiredo, Marisa Feffermann, Márcia Santos, Líria Maria Palmigiano Fregnani, Rosamaria Fredo Bico, Nilton Cesar Almeida.....335

• Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população de rua • Silent violence and prejudice: strategies for a health team in defense of homeless's citizenship

Ariane Graças de Campos, Maria Paula Freitas de Souza.....346

Editorial

A violência é hoje, em todo o mundo, um tema de preocupação para governantes, políticos, imprensa, setores da sociedade organizada e a população em geral. Atinge amplos segmentos da sociedade e vem tomando sérias proporções tanto nas grandes metrópoles, quanto nas cidades menores.

A violência é um grave elemento da precarização da vida. Ao mesmo tempo em que atinge a sociedade, é a própria sociedade que a produz. Seu enfrentamento depende de políticas públicas e exige mudanças nas instituições sociais. Por tratar-se de um fenômeno de grande complexidade, as políticas públicas e as ações voltadas para esse fim devem possuir caráter intersetorial e multidisciplinar. No entanto, a criação de parcerias e o conhecimento necessário para sua construção ainda são pouco desenvolvidos e há pouco incentivo para sua realização.

No Brasil, observa-se a fragmentação das políticas para o enfrentamento da violência, com ações e programas superpostos. No âmbito da saúde, o enfrentamento da violência abrange uma enorme gama de situações que envolvem, entre outros tantos exemplos, a violência doméstica, a violência sexual, a atenção aos usuários do crack e de outras substâncias psicoativas, a morbidade e a mortalidade devido a acidentes de trânsito, os homicídios e os suicídios. A violência também se expressa por diferenciais de gênero, de raça e de geração, sendo que alguns grupos sociais são mais vulneráveis a sofrer suas consequências. Ainda que se trate de um fenômeno global, a violência atinge de forma diferente mulheres e homens, crianças e adultos, além dos diversos grupos étnicos e raciais da população.

Embora o sistema de saúde ainda não esteja adequadamente preparado para o enfrentamento da violência, existem diversos esforços sendo feitos nos serviços. Buscando contribuir para a reflexão sobre as possibilidades de ações e de políticas para o enfrentamento da violência por parte da saúde, a presente edição do BIS selecionou estudos que se detiveram em aspectos relevantes para a organização dos serviços de saúde e para o SUS. Pretende-se também dar visibilidade às iniciativas dos seus profissionais através de relatos de experiências, buscando colaborar para sua divulgação.

Os artigos aqui reunidos abordam diferentes facetas do enfrentamento da violência pela saúde. Em virtude da repercussão da chamada de trabalhos e do grande número de artigos recebidos, optou-se pela publicação desse eixo temático em dois números do BIS. No presente, apresentamos estudos sobre as necessidades da organização dos serviços para fazer frente à violência, sobre as dificuldades de seus profissionais em reconhecerem a violência, sobre a sensibilização e a capacitação das equipes para a atenção a pessoas em situação de violência, sobre os sistemas de notificação e o emprego das fontes de dados quantitativos na investigação da violência.

Responder à violência implica a articulação entre diversos setores sociais, como saúde, educação e justiça. Desse modo, buscou-se também focar as iniciativas para a atuação conjunta entre vários atores sociais. Por fim, publicamos a experiência de uma equipe de saúde com a população de rua, enfrentando a violência causada pela discriminação e pela exclusão.

Esperamos, com isso, apresentar ao público interessado no problema um material que subsidie a redução das vulnerabilidades e das iniquidades vividas na sociedade.

Kátia Cibelle Machado Pirotta
Maria de Lima Salum e Moraes
Suzana Kalckmann
Márcio Derbli

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP: 01314-000
Tel.(11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772
Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br
e-mail: boletim@isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
Dr. David Everson Uip

Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde
Luiza Sterman Heimann

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde
Sônia I. Venâncio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o
SUS-SP
Sílvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP
Sônia I. Venâncio

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico
Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo
Bianca de Mattos Santos

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica
Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração
Bianca de Mattos Santos

Biblioteca
Carmen Campos Arias Paulenas

Boletim do Instituto de Saúde – BIS

Volume 14 – Nº 3 – Agosto 2013
ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529
Publicação quadrimestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 2000 exemplares
Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br
Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

Editor
Márcio Derbli

Editores convidados
Katia Cibelle Machado Pirotta
Maria de Lima Salum e Morais
Suzana Kalckmann

Capa
Inspirada na obra “Guernica” de Pablo Picasso (1937)

Ilustrações
Mateus Garcia

Revisão Bibliográfica
Carmen Campos Arias Paulenas

Revisão
Jorge Moutinho

Projeto gráfico e editoração
RAPPORT
www.rapportcomunica.com
(11) 3852 4731

Conselho editorial

Alberto Pellegrini Filho – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil
Alexandre Kalache – The New York Academy of Medicine – Nova York – EUA
Áurea Eleutério Pascalicchio – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Ausonia F. Donato – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Benedito Medrado – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife-PE – Brasil
Camila Garcia Tosetti Pejão – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Carlos Tato Cortizo – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Carmen Campos Arias Paulenas – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Ernesto Báscolo – Instituto de la Salud Juan Lazarte - Universidad Nacional de Rosario - Rosario - Argentina
Fernando Szklo – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil
Francisco de Assis Accurcio – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte-MG – Brasil
Ingo Sarlet – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Porto Alegre-RS – Brasil
José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ – Brasil
Katia Cibelle Machado Pirotta – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Luiza S. Heimann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Márcio Derbli - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Marco Meneguzzo – Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália
Maria de Lima Salum e Morais - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Marina Ruiz de Matos - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Maria Lúcia Magalhães Bosi – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil
Nelson Rodrigues dos Santos – Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo-SP – Brasil
Raul Borges Guimarães – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Presidente Prudente-SP – Brasil
Samuel Antenor – Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo - Unicamp - Campinas -SP – Brasil
Sônia I. Venâncio – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Suzana Kalckmann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil



**SECRETARIA
DE SAÚDE**



BIS

Oficinas pedagógicas com profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF): (re)significando a prática assistencial às mulheres em situação de violência

Educational workshops with professionals of the Family Health Teams (EqSF): (re)signifying care practice for women in situations of violence

Ethel Bastos da Silva^I, Laura Ferreira Cortes^{II}, Stela Maris de Mello Padoin^{III},
Lucila Amaral Carneiro Vianna^{IV}

Resumo

Neste estudo, objetiva-se descrever as oficinas pedagógicas realizadas com profissionais de Equipes de Saúde da Família (EqSF) com a temática violência contra as mulheres. É parte de um projeto de tese de doutorado realizado em um município da Região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, nos meses de setembro a dezembro de 2012. A técnica utilizada, oficinas pedagógicas, fundamentou-se na Pedagogia Problematizadora e foi aplicada nas etapas do Arco de Charles Maguerez: observação da realidade com a identificação do problema da prática; elaboração dos pontos-chave ou temas; teorização, hipóteses e soluções; aplicação à realidade. Os resultados revelaram interação entre pesquisadores e profissionais e o desejo comum de construir abordagens por meio do diálogo, conhecimento prático e teórico. Houve maior integração entre os profissionais das equipes de saúde e setores da educação, justiça e assistência social. Foi possível ressignificar a prática assistencial, a partir da reflexão, e propor ações transformadoras para a promoção do acolhimento da mulher. Emergiu daí a necessidade do trabalho contínuo dessa temática por meio da Educação Permanente.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher, Saúde da Família, Profissionais de Saúde

Abstract

This study is an attempt to describe the pedagogical workshops held with Family Health Teams (EqSF) professionals themed violence against women rooted in problematizing pedagogy. It is part of a doctoral thesis carried out in a city in the Northwestern region of the state of Rio Grande do Sul, Brazil, from September to December 2012. The technique, teaching workshops, was based on problematizing pedagogy and was applied in stages of Charles Maguerez Arc: observation of reality by identifying the problem of practice, development of key points or themes; theory, hypotheses and solutions; application to reality. The results revealed interaction between researchers and practitioners and the desire to build common approaches through dialogue, practical and theoretical knowledge; there was greater integration between the health teams, education sectors and social justice. It was possible to reframe the health care practice, from reflection, to propose transforming actions to promote women receiving, emerged the need for continued work for this theme through Permanent Education.

Keywords: Violence against Women, Family Health, Health Professionals

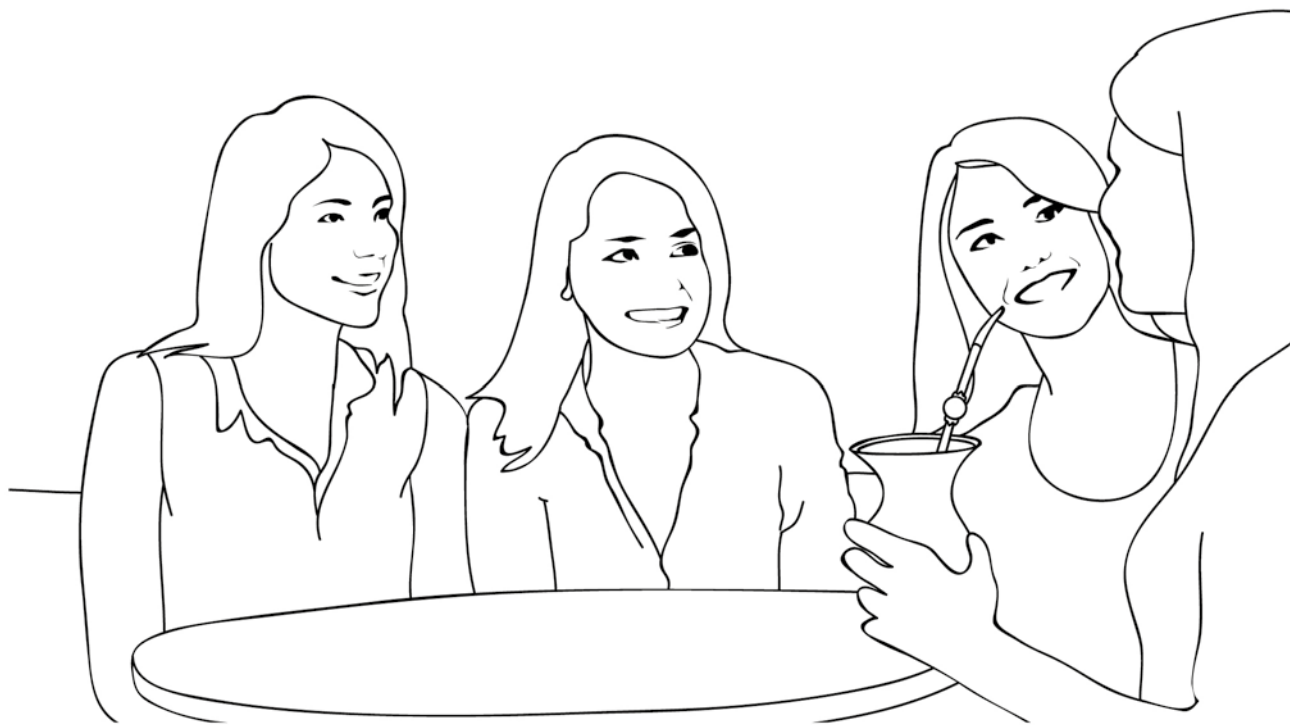
^I Ethel Bastos da Silva (ethelbastos@hotmail.com) é enfermeira, mestre, professora da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior Norte do Estado do Rio Grande do Sul (UFSM/Cesnors), Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil; doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Dinter Novas Fronteiras - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)/ Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)/Universidade Federal de Santa Maria/(UFSM).

^{II} Laura Ferreira Cortes (lferreiracortes@gmail.com) é enfermeira especialista em Sistema Público de Saúde; mestranda do Programa de Pós-Graduação em

Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); estudante do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS).

^{III} Stela Maris de Mello Padoin (padoinst@smail.ufsm.br) é enfermeira, doutora, professora-adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS), Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{IV} Lucila Amaral Carneiro Vianna (lvianna@unifesp.br) é enfermeira, doutora, professora-titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).



Introdução

A violência é considerada um problema de saúde pública desde a década de 1990, em razão do impacto causado à saúde por lesões, danos e morte¹⁰. Está fundamentada nas relações desiguais de gênero¹, nas quais os homens que agredem encontram subsídios para os atos violentos. Essas questões são determinantes da saúde e adoecimento de mulheres, passando a ter visibilidade no setor saúde. Assim, a assistência às mulheres em situação de violência é preconizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher vem sendo incluída nos serviços de saúde¹³.

Nesse contexto, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra Mulheres¹¹ reforça a necessidade de ações de prevenção, combate e assistência às mulheres em situação de violência, considerando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como locus privilegiado de intervenção¹². Essa política vem sendo implantada desde 1994 como um modelo de atenção na reorganização da atenção básica de saúde no Brasil. A ESF é composta de equipe multiprofissional que deve atuar de forma interdisciplinar, visando ao atendimento integral à saúde das famílias de uma área adscrita⁶. Portanto, a ESF pode ser a porta de entrada para o cuidado à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

As mulheres que vivem em situação de violência

necessitam ser atendidas pela equipe de saúde. No entanto, estudos mostram que profissionais sentem-se despreparados para atuar e acolher essas mulheres por falta de qualificação; assim, os estudos sugerem ampliar os conhecimentos para que se possa tratar desses problemas na atenção primária^{1, 11, 18}.

Em um município da Região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, pesquisadoras da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior Norte do Estado observaram que a violência contra a mulher é pouco visível nos serviços de saúde e que a prática assistencial tem caráter biologicista e medicalizador. Diante dessas constatações, ocorreu a aproximação das pesquisadoras e profissionais de seis EqSF com a proposta de desenvolver uma pesquisa participante para discutir de que forma as mulheres em situação de violência são atendidas nesses serviços.

Com esse intuito, pesquisadores e participantes planejaram oficinas pedagógicas a fim de promover a discussão e a reflexão das práticas em saúde vigentes para a construção de uma nova abordagem assistencial às mulheres. Para desenvolver as atividades educativas, adotou-se pedagogia crítica orientada pelos conceitos da educação problematizadora que, de acordo com Freire, acontece quando os homens vão percebendo como estão em suas realidades, identificando situações limite como desafiadoras e possíveis de serem transformadas por eles.⁷

Assim, este estudo tem o objetivo de descrever a experiência de oficinas pedagógicas realizadas com profissionais de EqSF ancorados na Pedagogia Problematizadora, utilizando-se o Arco de Charles Maguerez.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência de ações educativas, por meio de oito oficinas educativas com trinta profissionais das EqSFs: enfermeiros, técnicos de enfermagem (TC), auxiliares de enfermagem (AE), dentistas, auxiliares de saúde bucal (ASB), agentes comunitários de saúde (ACS). Estas aconteceram às quartas-feiras à tarde, dia destinado às reuniões de equipe. O período foi setembro-dezembro/2012, no Centro Especializado Regional de Saúde do Trabalhador (Ceresst).

As oficinas educativas são formas de construir conhecimento pela ação e reflexão com o objetivo de integrar conceitos, crenças e informações da realidade vivida pelos participantes. A realização de atividades em grupo permite a assimilação e a construção coletiva de conhecimentos¹⁶. Estas foram fundamentadas na Pedagogia Problematizadora e no Arco de Charles Maguerez², constituídos das seguintes etapas, que foram implementadas por meio de oficinas:

Etapas 1: observação da realidade juntamente com a definição de um problema de estudo, desenvolvida na primeira oficina;

Etapas 2: pontos-chave – emergem na segunda e na terceira oficinas;

Etapas 3: teorização – desenvolvida na quarta, na quinta e na sexta oficinas;

Etapas 4: hipótese de solução – elaboração na sétima oficina;

Etapas 5: aplicação à realidade – oitava oficina, que se refere à intervenção, à prática, ou seja, ao exercício das situações apreendidas e associadas ao problema².

Resultados e discussão

Primeira etapa: observação da realidade

Para dar início às atividades, na *primeira oficina* os participantes se organizaram em cinco grupos, autodenominados: Roxo, As/Os Justicieras/os, Solidariedade, Carinho e Esperança. Foram lançadas as questões: o que você entende por violência e como você atende as mulheres que vivem em situação de violência em sua realidade? Os participantes descreveram a violência

física e psicológica e as desigualdades de gênero como motivadoras de agressão. Somam-se o desemprego, alcoolismo e drogas como agravantes. Quanto à prática assistencial, limita-se a atender a violência física e relatada pela mulher com encaminhamentos ao psicólogo e serviço de assistência social, o que é convergente com práticas assistenciais existentes em serviços em que os profissionais não receberam orientações sobre a abordagem dessa problemática³.

Segunda etapa: pontos-chave

Na *segunda oficina*, foram identificados os fatores limitadores e potencializadores. Limitadores: o não reconhecimento da mulher que sofre violência como demanda de saúde; ausência de capacitação técnica da equipe multiprofissional, de um protocolo de intervenção, de registro e notificação dos casos de violência; pouco conhecimento sobre os serviços especializados de referência – limitações também observadas na prática assistencial na atenção básica em Matinhos, Paraná¹⁷. Potencializadores: a proximidade das famílias, o vínculo dos profissionais, especialmente dos ACS, a escuta e a oferta da ESF como local para atendimento da violência. A relação horizontal entre ACS e mulheres e suas famílias permite a criação do vínculo na assistência permeada pela escuta ativa¹⁷.

Na *terceira oficina* intensificou-se a discussão em torno das causas limitadoras: o não reconhecimento da violência sofrida, por medo, vergonha, dependência financeira do companheiro e necessidade de manter a família; ausência de capacitação técnica da equipe para trabalhar em rede, atribuída à falta de incentivo da gestão municipal. Nesse aspecto, o suporte teórico sobre o assunto e o comprometimento institucional dos serviços de saúde poderão contribuir para a inserção do problema como demanda na prática assistencial.⁸ No final, os pontos-chave foram elaborados a fim de aprofundar e subsidiar os construtos teóricos para a transformação do problema da prática assistencial: reconhecimento da violência contra a mulher, além da dimensão biológica, acolhimento e abordagem, e rede de atenção integrada.

Terceira etapa: teorização

A *quarta oficina* teve como objetivo discutir o reconhecimento da violência contra a mulher para além da dimensão biológica. Iniciou-se com a discussão de uma situação na qual uma mulher é morta ao voltar para casa

após sair da residência de um amigo à noite. Ela pediu ajuda ao amigo e a um desconhecido e nenhum deles auxiliou. Os grupos discutiram e elegeram os motivos pelos quais a mulher não foi auxiliada: as pessoas não querem se envolver com situações íntimas e públicas porque pensam que não lhes cabe essa função e não querem ajudar por sentir medo de enfrentar o perigo. Essa dinâmica promoveu a reflexão sobre os conceitos de julgamento, valor, preconceito, rejeição e solidariedade presentes na vida das pessoas e que, muitas vezes, as impedem de ajudar uma mulher em situação de violência. Muitos casos são submetidos ao julgamento moral dos profissionais, sendo as situações de violência justificáveis em razão do comportamento as mulher¹⁸.

Na sequência, assistiu-se ao vídeo *Prevenção à Violência contra a Mulher*, produzido pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (Salvador/Bahia), com objetivo de refletir acerca do tema. Esse momento provocou uma reflexão pessoal e profissional dos participantes, pois muitos deles compartilhavam dessas opiniões e repensaram essas questões como fatores que impedem o acolhimento às mulheres e os tornam coniventes com essas situações¹⁴. Esses julgamentos morais de que a violência é justificável em determinadas circunstâncias são transferidos também para a prática profissional, e os atendimentos dos casos acabam sendo feitos segundo essa compreensão. A reprodução dos preconceitos e posturas sexistas pelos profissionais na atenção reforça as desigualdades entre homens e mulheres e mantém a mulher na situação de violência, o que pode gerar a violência institucional, além da vivida por ela¹⁸. É preciso romper com essa prática e se predispor a um novo modelo de acolhimento.

A discussão de estudos de caso, com base em material do Ministério da Saúde, artigos e protocolos, desencadeou a identificação dos tipos de violência: de gênero, física, geracional, sexual, patrimonial, institucional, psicológica, racial e doméstica. Os participantes discutiram e apresentaram análise sobre o acolhimento. Compreenderam a complexidade da violência e que o acolhimento na ESF é essencial para dar seguimento ao atendimento interdisciplinar às mulheres. Nesse aspecto, recomenda-se que o acolhimento se oriente pelo diálogo e relações simétricas entre os profissionais e as usuárias. Uma escuta atenta e a confiança fazem com que a mulher se sinta à vontade para falar, e essa prática pode ser realizada nos serviços de saúde. E a partir da identificação da violência é preciso buscar juntamen-

te com as mulheres a elaboração de plano de enfrentamento da violência^{1,4}, no qual se inclui a participação dos membros da EqSF com suas especificidades, de acordo com as necessidades encontradas.

Os participantes assistiram também ao vídeo de entrevista com profissional fundador da Turma Apolônia, que atua na reconstituição dos dentes de mulheres que sofreram violência física. Essa atividade objetivou apresentar que é possível atuar na área de reabilitação, reforçando o caráter interdisciplinar do acolhimento. A integração do trabalho da EqSF é essencial para a reabilitação da mulher que sofre violência, pois todos envolvem-se na atenção à mulher no que lhe compete, apoiando um ao outro em um projeto comum em que a mulher deve ser considerada o centro da tomada de decisão⁴.

A *quinta oficina* objetivou discutir a abordagem e o acolhimento. Os representantes dos grupos Solidariedade, Esperança e Carinho dramatizaram os casos de violência, refletiram sobre o tema e apresentaram a síntese no grande grupo.

O primeiro grupo, Solidariedade, trouxe para o debate as marcas visíveis da violência como ponto de partida para a intervenção dos profissionais e a dificuldade que a mulher tem em relatar a violência vivida devido ao constrangimento da família, da sociedade e dos próprios serviços de saúde. A dificuldade de manter vínculos sociais da mulher a coloca em uma condição de isolamento e fragilidade⁴, e isso é um entrave ao atendimento. No entanto, a escuta qualificada, o registro dos casos, a notificação e a oferta dos serviços da ESF, em especial pela visita domiciliar do ACS, são vistos pelos profissionais como início da atenção integrada. A escuta ativa e o estabelecimento de vínculo entre o ACS e as mulheres fazem com que se identifiquem a violência e suas consequências na saúde delas, mesmo que não contem. O vínculo, como prática assistencial, pode ser o primeiro contato da mulher com a rede de atenção³.

O grupo Carinho debateu a busca da mulher que sofre violência de gênero pelo serviço de saúde para tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e da inclusão do companheiro nesse acolhimento. O reconhecimento de que a violência contra a mulher é construída dentro de relacionamentos justifica a necessidade de se incluir o homem na atenção; sugere-se rever essa visão dicotômica entre vítima e agressor na prática assistencial⁹.

A discussão centrou-se na negociação do uso do preservativo e na decisão do uso, definida pelo homem

e aceita pela mulher pela condição de submissão. Há tentativas de mudança nessa situação, por parte da mulher; no entanto, ainda prevalecem posturas de subordinação. É preciso que os profissionais passem a trabalhar mais essas questões em seus cotidianos de trabalho, embora se reconheça que é um grande desafio, pois a mulher, muitas vezes, procura os serviços de saúde ainda sob vigilância do parceiro,⁵ condição essa relevante para ser considerada no enfrentamento do problema na assistência.

O grupo Esperança discutiu o tempo que a mulher leva para sair da situação de violência, que pode ser longo e doloroso, pois ela precisa buscar independência, apoio da família e dos setores responsáveis como segurança, justiça, assistencial social e de saúde. E as mulheres que conseguem sair da situação de violência sentem-se constrangidas e culpadas por não manterem seus casamentos e precisam de apoio psicológico. Isso remete à ideia da manutenção do casamento e da família como responsabilidade da mulher e de fracasso diante da ruptura⁵. Trabalhar considerando essa questão exige escuta empática, o que pode contribuir para a prática assistencial.

Na sexta *oficina*, além dos grupos, estavam presentes 14 convidados representantes dos setores de segurança, saúde hospitalar, assistência social e educação – sendo um representante da promotoria, um do Conselho Tutelar, dois da Brigada Militar, um da Defensoria Estadual, um da Secretaria Municipal de Educação, um do Serviço de Psicologia do Cerest, três do Serviço de Psicologia e Assistência Social da Secretaria Municipal de Saúde, dois do Serviço de Saúde Hospitalar e um do Centro de Referência e Assistência Social, e um representante de uma das ESFs.

Cada representante falou sobre as atividades desenvolvidas no acolhimento às mulheres, e todos foram questionados pelos grupos sobre os desafios e a possibilidade da construção de um trabalho intersetorial (rede). Os profissionais podem iniciar ações de promoção à saúde com as mulheres, mas precisam de outros setores da sociedade para a solução da violência, além das famílias e das próprias equipes de saúde⁴. A inexistência ou o desconhecimento da rede de atendimento é fator de insegurança para a prática dos profissionais na atenção à saúde das mulheres em situação de violência¹⁵. Isso significa não poder dar sequência à prática assistencial.

No setor saúde, observou-se a ausência de notificações nos serviços. O município não adotou essa prática

como rotina nas ESF e demais unidades. A partir dessa discussão, sentiu-se a necessidade de convidar os profissionais da vigilância epidemiológica para integrar o grupo visando complementar as ações, pois a atuação desse setor é essencial para mensurar os casos e planejar ações de prevenção e enfrentamento. A notificação é uma forma de dar visibilidade à violência. Estudo mostra que, apesar da elevada frequência, a violência de gênero não é visível nos serviços em razão da subnotificação de casos e da sua desvalorização como problema social, transgressão aos direitos das mulheres e como instauradora de danos à saúde.⁶

Essa oficina promoveu o conhecimento das ações dos profissionais dos setores complementares, aproximando-os por meio do diálogo e oportunizando a programação de intervenções conjuntas. Emergiu a necessidade de maior integração entre os profissionais das instituições para a criação de espaços de discussão, a fim de formar uma rede integrada de serviços para qualificar a prática assistencial das ESFs e dos demais setores. As instituições e os profissionais podem ter uma função essencial para que as mulheres saiam da situação de violência, por meio da organização de rede de atenção e de fluxo de atendimento.⁵ A organização da rede pode ampliar ações da prática assistencial com base no atendimento complementar, necessário para a resolutividade do problema.

Quarta etapa: construindo as hipóteses e soluções

Na sétima *oficina*, emergiu a necessidade de se elaborar um protocolo de atendimento com um fluxo interno, orientado pelo vínculo, escuta qualificada, registro no prontuário, notificação, elaboração de um plano de enfrentamento com estratégias de proteção para as situações de violência, acompanhamento, discussão dos casos na equipe, orientação quanto aos direitos e fortalecimento para realizar a denúncia. Acrescenta-se o encaminhamento para os setores da justiça, de assistência social e serviço de psicologia. Para tanto, salientou-se a necessidade de se articular a comunicação entre os serviços, por meio da sensibilização dos profissionais para o início de um trabalho integrado (rede). A sugestão dos profissionais é de que esse protocolo seja adotado nas unidades de saúde como uma possibilidade de melhoria da assistência. Estudos mostram que a assistência baseada em protocolo ainda é prestada em unidades de referência onde os profissionais são capacitados para acolher as demandas das mulheres^{3,4}.

Os participantes apontaram também a necessidade de buscarem conhecimento sobre o tema, por meio do planejamento de ações de educação permanente em saúde. Para que seja possível a resolutividade, são necessárias a interlocução com os serviços da rede do município e a constituição de serviços de apoio: casas abrigo e um centro de referência, que ainda não integram a realidade do município. Nesse sentido, a rede de apoio social às mulheres é precária e não garante a proteção das usuárias³.

O reconhecimento da fragmentação das práticas e a desarticulação dos serviços da rede de atenção desencadearam a necessidade de se formar um grupo com os profissionais representantes desses e de outros setores para que se estruture um fluxograma intersetorial reafirmando a ideia de um trabalho em rede. Assim, os participantes sentiram o desejo de articular esses setores por meio do diálogo entre si, no intuito de acompanharem a mulher. A proposta de constituir redes de atenção baseia-se em modelos existentes exitosos que podem ser multiplicados, com permanente avaliação do processo e de impacto das ações, vigiando-se para que os serviços não se reduzam a pontos de triagem e/ou encaminhamentos¹⁵. Trabalhar nessa perspectiva é um desafio, considerando-se as diversas tensões que devem ser superadas entre os setores, a começar pelas diferentes concepções sobre o problema. A integralidade da prática assistencial é possível quando as ações dos profissionais baseiam-se em uma união interativa entre os pares e resulta na formação de projetos de intervenção que são fortalecidos em cada ponto da rede⁴.

Quinta etapa: aplicação à realidade

Na *oitava oficina*, os participantes narraram casos de violências físicas contra as mulheres, que foram identificados, atendidos, notificados e encaminhados à polícia, assistência social e serviço de psicologia. Observaram, também, que as ações geraram aumento das notificações e o reconhecimento das áreas em que há maior concentração de mulheres em situação de violência, o que fez com incluíssem ações de prevenção e vigilância no planejamento de ações em saúde de 2013. Nesse contexto, a proposta da pedagogia crítica e educação problematizadora permitiu que os participantes tomassem consciência crítica da situação, apropriando-se da realidade, sentindo-se parte dela e, com isso, buscando transformá-la⁷.

Considerações finais

Ao se realizarem as oficinas pautadas na educação problematizadora, pode-se observar que existiu, por parte dos profissionais das EqSF, dos ACS e pesquisadores, a preocupação e o desejo de melhorar a prática assistencial às mulheres em situação de violência. Embora as práticas estejam voltadas para a violência física, com caráter biológico, patologizante e medicalizador, constata-se que há uma compreensão de que a violência deve ser atendida mediante um olhar social, em que a escuta seja priorizada, o vínculo fortalecido e o acompanhamento realizado. Essas ações podem fazer com que a mulher reconheça que a ESF é um local da rede de atenção que ela pode acessar para enfrentar a violência.

A reflexão em torno das práticas e a ressignificação possibilitaram a inserção da subjetividade do atendimento nesse espaço e a recondução a uma prática pautada em abordagens mais sensíveis e menos preconceituosas. Observa-se a necessidade de estreitar as relações entre os setores para que o acolhimento seja organizado com base em protocolos e fluxos internos que possam se estender à justiça, à assistência social e à educação, denotando a preocupação com o trabalho intersetorial, em rede, para a resolutividade do problema.

A fim de que o acolhimento às mulheres em situação de violência seja realizado de modo resolutivo e seguro nesse cenário, os profissionais incluíram esse tema na pauta das ações de Educação Permanente em Saúde, reforçando a necessidade de ampliar as discussões e o aprendizado.

As oficinas pedagógicas adotadas para o estudo permitiram que os participantes discutissem a prática vivenciada e iniciassem um processo de (re)construção do conhecimento a partir da reflexão e ação. Constituíram-se em um espaço de relações sociais intersubjetivas, aprendizagem e de produções de novas formas de pensar e agir que se consolidaram em transformações.



Referências

1. Andrade CJM, Fonseca RMGS. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Rev. Esc Enferm USP*. 2008; 42(3): 591-5
2. Berbel NAM. Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações. Londrina: Editora UEL, 1999.
3. Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra mulher em unidade de atenção primária a saúde no município do Rio de Janeiro. *Interface Comunic Saude Educ*. 2009;13(28):165-74.
4. D'Oliveira AFPL, Scharaiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero- uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(4):1037-1050.
5. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(5):1293-1304.
6. Franzoi NM, Fonseca, RMGS, Guedes, RN. Violência de Gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. *Rev. Latino-Am Enfermagem* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 27 jan 2012];19(3):1-9. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae
7. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
8. Leal SMC, Lopes MJM, Gaspar MFM. Representações Sociais da Violência Contra Mulher na perspectiva da enfermagem. *Interface. Comunic, Saude Educ*. 2011;15(37):409-24.
9. Lima DC, Buchele F. Revisão crítica sobre o atendimento a homens autores de violência doméstica e familiar contra mulheres. *Physis Rev. Saúde Coletiva*. 2011; 21(2): 721-743
10. Minayo MCS. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília,DF; 2006.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres [monografia na internet]. Brasília, DF;2011 [acesso em 27 jan 2012]. Disponível em: http://www.campanhapon-tofinal.com.br/download/informativo_03.pdf
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Política de Atenção à Saúde da Mulher. Brasília, DF; 2004.
14. Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4): 605-12.
15. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):351-8.
16. Paviani NMS, Fontana NM. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. *Conjectura*. 2009; 14: (2): 77-88.
17. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saude Pública*. 2013; 29: (6): 1230-40.
18. Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, Oliveira EM. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência Saúde Soc. São Paulo. 2011; 20(1): 113-123.

O setor saúde e a configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica

The health sector and the configuration of the social network women in domestic violence situations

Maria de Lourdes Dutra ¹, Wilza Vieira Villela ^{II}

Resumo

Este artigo apresenta resultados obtidos em pesquisa mais ampla intitulada “A configuração das redes sociais de mulheres em situação de violência doméstica”, realizada em um município da região metropolitana de São Paulo. Busca-se neste texto analisar o papel desempenhado pelo setor saúde na rede de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica. Utiliza-se como referencial o conceito de redes sociais, tal como proposto nas pesquisas sociais. Assume-se a perspectiva de avançar para além das análises estruturais e funcionais das redes em direção às dinâmicas relacionais que se estabelecem em seu interior, de acordo com os preceitos formulados por Paulo Henrique Martins e a concepção de violência doméstica que orienta a Lei Maria da Penha. A violência impingida às mulheres impossibilita a manutenção dos vínculos sociais, promovendo isolamento e fragilidade, o que dificulta a obtenção de apoio para saída da situação. O setor saúde apresenta-se fragmentado quanto ao fluxo de trocas que deveria existir em seu interior e com os demais serviços, distanciando-se da realidade das mulheres e limitando-se, na maioria dos casos, à medicalização das marcas da violência deixadas nos seus corpos.

Palavras-chave: Violência Doméstica, Saúde Pública, Redes Sociais

Abstract

This article shows the results obtained from an extensive research entitled “The configuration of social networks for violence against women”, which was done in a municipality from the metropolitan region of Sao Paulo – Brazil. Its aim is to analyze the role performed by the health section regarding to women attendance network for those who are victims of home violence. The concept of network is assumed as reference in order to go further the structural and functional analyzes toward the related dynamics that are established in it, according to the theoretical principle of social networks elaborated by Paulo Henrique Martins and the conception of home violence in accordance to Maria da Penha Law. Women, victims of violence, tend to find hard to maintain social relations as they start facing isolation and fragility, which turns to be more difficult support and consequently, a way out. Health section presents fragmentation regarded to the flow of exchanges that there should be besides with other services, which it is far from women reality and in most cases are limited to treat their bruises which are left on their bodies.

Keywords: Home Violence, Public Health, Social Networks

^I Maria de Lourdes Dutra (mldutrabr@yahoo.com.br) é psicóloga, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), apoiadora institucional no Ministério da Saúde para a articulação de Redes de Atenção à Saúde.

^{II} Wilza Vieira Villela Médica (wilsa.vieira@terra.com.br) é livre-docente em

Ciências Sociais e Saúde (Universidade Federal de São Paulo-Unifesp), docente dos programas de pós-graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Franca (UNIFRAN) e Saúde Coletiva (UNIFESP).

Introdução

Este artigo apresenta resultados produzidos no contexto de uma pesquisa mais ampla sobre a configuração das redes sociais de mulheres em situação de violência doméstica, realizada em um município da região metropolitana de São Paulo no ano de 2010⁶.

O referencial de redes sociais tem proposto para as pesquisas sociais uma nova forma de interpretar a realidade, considerando não apenas os aspectos estruturais e funcionais das redes como também as dinâmicas relacionais que se estabelecem em seu interior¹⁰.

Pode-se definir rede social como a trama de relações que envolvem diferentes sujeitos sociais, sejam pessoas, sejam instituições ou movimentos sociais. Nesta pesquisa, o conceito de redes foi ampliado para além dos aspectos formais, de modo a possibilitar uma expressão mais fiel da dinâmica social por meio da caracterização da natureza dos vínculos e das trocas que ocorrem entre os atores¹⁰. A concepção de violência doméstica utilizada é a que figura na Lei Maria da Penha³, segundo o artigo 5º: “violência doméstica e familiar contra a mulher é qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”.

A análise apresentada neste artigo tem como foco o setor saúde e o papel que este desempenha na rede de atendimento às mulheres, entendendo esta rede de atendimento como um dos componentes da rede social das mulheres¹⁰. O objetivo foi trazer o olhar das mulheres e dos profissionais que atuam em outros pontos da rede sobre a participação do setor saúde nas redes sócio-humana e institucional nas quais se inserem as mulheres em situação de violência.

Violência contra as mulheres e políticas públicas

A violência contra as mulheres é multicausal, sendo sugerido que sua análise deve ser realizada com base na relação entre fatores socioeconômicos, culturais, familiares, comunitários e individuais⁸. No entanto, a produção acadêmica sobre esse tipo de violência tem reiterado a sua associação com normas hierárquicas que regem as relações entre os gêneros, que instituem o “direito” masculino ao controle dos bens e comportamentos femininos⁵, com menor ênfase nos demais fatores que se articulam às desigualdades de gênero na dinâmica de produção da violência.

A violência praticada contra mulheres no âmbito privado ainda é considerada como algo que não diz respeito à esfera pública, não sendo tratada como problema social. Contudo, apesar de acontecer no espaço doméstico, não se deve negar sua natureza pública¹².

Sagot¹³ afirma que somente 15% a 25% das agressões intrafamiliares são denunciadas, reforçando a invisibilidade do problema, o que legitima a violência e responsabiliza a mulher pela eclosão do ato violento. Segundo a autora, é necessário desmistificar essa visão instalada no coletivo para que possam ser oferecidos respostas e apoio efetivo às mulheres.

Apesar da alta magnitude da violência doméstica contra as mulheres, as baixas taxas de registros nos prontuários dos serviços de saúde sugerem que tal fenômeno ainda não tem a visibilidade necessária para esse setor. Estudo realizado em uma unidade de atenção primária em São Paulo, por exemplo, aponta que, apesar de 57% das usuárias relatarem algum episódio de violência física na vida, somente 10% dos casos haviam sido registrados nos prontuários⁸.

O Plano Nacional de Política para as Mulheres² tem como pressuposto que os lugares sociais ocupados por homens e mulheres são fruto de uma construção histórica, cultural e política que estrutura o cotidiano reproduzindo relações de desigualdade entre homens e mulheres. Assim, o Estado teria o dever de propor políticas voltadas para a desconstrução dessa desigualdade, promovendo a equidade de gênero por meio de ações organizadas em redes em diferentes níveis que pudessem impactar transversalmente as demais políticas².

Até 2002, o Programa Nacional de Combate à Violência¹ contra a mulher teve como diretriz o apoio à construção de casas abrigo e Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher. Em 2003, novas ações foram propostas, com a implantação dos Centros de Referência e as Defensorias da Mulher, que passaram a compor, com outros serviços, uma rede de atendimento para assistência às mulheres em situação de violência doméstica².

Os Centros de Referência contam com uma equipe multiprofissional, oferecendo apoio imediato, orientação e acolhida, além de orientar as providências adequadas a cada situação. As Defensorias da Mulher oferecem atendimento jurídico especializado para atender as mulheres em situação de discriminação e violência que não possuem condições econômicas de constituir um advogado. Esses equipamentos e ainda as casas abrigo, as delegacias, especializadas ou não, os servi-

ços de saúde, sociais, educação e outros parceiros devem atuar no enfrentamento da violência, que deve ser compreendida como uma responsabilidade de todos². O desafio tem sido promover o funcionamento desses serviços de forma articulada e em rede.

Este trabalho visa identificar alguns dos obstáculos e janelas de oportunidade para essa articulação, na perspectiva de alguns dos atores envolvidos.

Abordagem metodológica

Foi realizada pesquisa com abordagem qualitativa em um centro de referência para mulheres em situação de violência doméstica situado em um município da região metropolitana de São Paulo, conhecido nas décadas de 1980 e 1990 pelos altos índices de violência e pela inclusão da rede de atenção às mulheres vítimas de violência no conjunto das estratégias de enfrentamento do problema. Esse programa foi considerado bem-sucedido⁹ em razão da redução dos índices de violência.

A coleta de dados incluiu a observação dos serviços que compõem a rede de atenção – Centro de Referência (CR), Casa Abrigo (CA) e Delegacia de Atendimento à Mulher (DAM) – e realização de entrevistas com usuárias e profissionais dos respectivos serviços.

As usuárias foram selecionadas de acordo com sua idade, escolaridade, situação de convivência e tempo de relacionamento com o parceiro, buscando-se contemplar a maior diversidade possível. A seleção dos profissionais privilegiou aqueles diretamente implicados na recepção e no acompanhamento da demanda.

As entrevistas com as mulheres tiveram como foco sua relação com os agressores, sua inserção em redes sociais e a identificação dos atores que as compõem, buscando dar visibilidade às trocas estabelecidas no cotidiano.

Com os profissionais, as entrevistas versaram sobre as suas percepções sobre a rede de atendimento à mulher e os fluxos de trabalho existentes entre o CR e os outros serviços.

Todos os entrevistados assinaram o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) sob o parecer nº 0322/2010.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Sua leitura foi orientada no sentido de apreender a configuração da rede social de cada mulher e o lugar ocupado pelos serviços e profissionais de saúde nas respectivas redes.

As redes estabelecidas na vida cotidiana, espaços de constituição das lógicas relacionais¹⁰, foram analisadas segundo aspectos simbólicos e intersubjetivos das interações, intensidade, proximidade, frequência de encontros e tipos de trocas entre os atores. Com estes parâmetros, a rede de cada mulher foi reproduzida graficamente (Figuras 1 e 2).

A análise dos dados considerou o lugar que cada ator ocupa na rede; os valores que regem as trocas; os tipos de acordos e pactos estabelecidos e o conjunto de instituições sociais presentes, buscando identificar como as relações sociais se estabelecem e a dinâmica entre os atores das redes¹⁰. Foi adotada a tipologia proposta por Martins¹¹ para definir as articulações entre os atores e os bens materiais e simbólicos envolvidos nas trocas entre os membros da rede: “rede sociotécnica”, constituída por pessoas que atuam no interior de sistemas organizacionais regulamentados, planejando ações que impactam a base dos sistemas; “rede socio-institucional”, que atua na fronteira entre os sistemas governamental e não governamental, criando mecanismos que possibilitam a governança; “rede sócio-humana”, na qual os sujeitos interagem por relações de parentesco ou amizade, socializando-se e adquirindo noção de pertencimento.

Resultados

Foram entrevistados oito profissionais e nove mulheres. O Quadro 1 apresenta a relação dos entrevistados segundo características selecionadas.

Aproximação e relacionamento entre as mulheres e as instituições

A forma como são estabelecidas as relações entre as mulheres e os atores das instituições que lhes oferecem apoio, sejam profissionais ou leigos, influenciam o modo como é percebido esse apoio e o acolhimento recebidos. Uma vez que a situação de violência restringe a rede sócio-humana da mulher, tornando-a ainda mais vulnerável às agressões⁷, à medida que a mulher percebe a existência de uma escuta ampliada para as suas necessidades há maior possibilidade de que se vincule ao serviço e tenha uma chance de romper com a violência⁴.

A vinculação positiva ao sistema de saúde foi relatada com frequência pelas mulheres. Duas faziam tratamento contra câncer, uma tinha problemas cardíacos, e mais da metade necessitou de assistência

Quadro 1 • Perfil das mulheres e dos profissionais entrevistados.

Mulheres Entrevistadas						
Inicial (Fictício)	Situação de convivência	Idade	nº de filhos	Tempo de Convívio	Escolaridade	Trabalho
L	Abrigada	35 anos	00	10 anos	Médio	Estudante
A	Abrigada	27 anos	03	09 anos	Médio Incompl.	Desempregada
Da	Separada	39 anos	01	13 anos	Fund.	Diarista
Di	Separada	46 anos	02	12 anos	Médio Incompl.	Cabeleireira
S	Casada	51 anos	02	28 anos	Médio	Do Lar
R	Casada	52 anos	02	31 anos	Médio Incompl.	Do Lar
J	Casada	48 anos	00	12 anos	Fund. Incompl.	Autônoma
M	Separada / Mesma Casa	52 anos	02	33 anos	Fund.	Do Lar
MF	Separada / Mesma Casa	53 anos	03	33 anos	Fund. Incompl.	Do Lar
Profissionais entrevistados nos três serviços						
Sigla de identificação	Função		Sexo			
CCR	Coord. do Centro de Referência		Feminino			
CCA	Coord. da Casa Abrigo		Feminino			
AS	Assistente Social		Feminino			
AS2	Assistente Social		Feminino			
PSO	Psicólogo		Masculino			
PS	Psicóloga		Feminino			
R	Recepcionista		Feminino			
E	Escrivã		Feminino			

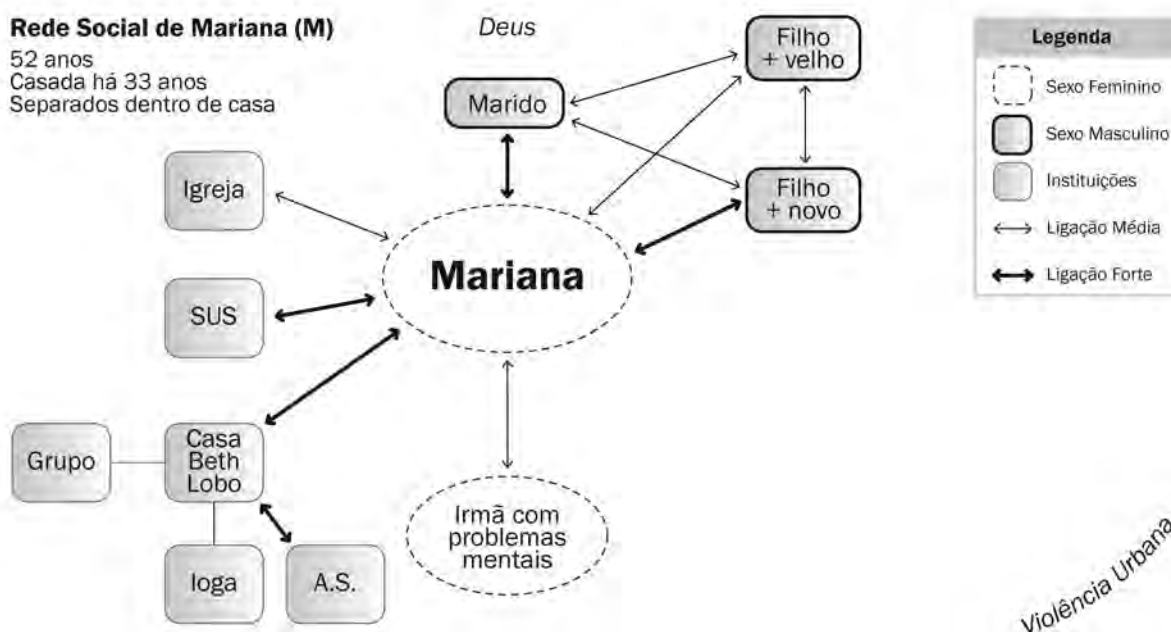
em razão de agressões graves. A confiança e a valorização do atendimento recebido são observadas no relato desta entrevistada:

[...] eu operei, fiz quimio, rádio, foi tudo pelo convênio, depois começou a ficar pesando muito pra pagar e agora eu tô pelo SUS, muito bem assistida, faço acompanhamento lá no Pérola Byington [...] vou no posto de saúde, onde chego as portas estão abertas, nunca achei dificuldade pra nada, as pessoas são maravilhosas comigo (M).

Nenhuma queixa foi exposta com relação ao Sistema de Saúde. No entanto, nos casos de violência física recorrente, em que o setor saúde foi o primeiro a ser acionado, o encaminhamento da mulher ao CR foi realizado somente no momento em que esta foi atendida pela delegacia de polícia e não pelo serviço de saúde, onde o relato da violência com frequência é omitido na consulta.

O silêncio das mulheres sobre a violência é observado em vários estudos que analisam o envolvimento dos profissionais de saúde com as mulheres que buscam os serviços^{8,3,14}. A maior parte das mulheres relata que mentiu ou omitiu o fato quando teve necessidade de atendimento de saúde por ocasião das agressões. Em todos os casos, elas optaram por proteger o agressor e/ou proteger-se da reação deste diante da denúncia. Entretanto, algumas relatam que se houvesse maior empenho do profissional que as atendeu, talvez tivessem contado a verdade.

Na delegacia, quando eu fui fazer a denúncia, eles me encaminharam para cá. Eu não falei nada, fiquei uma semana no hospital, eles souberam que foi um acidente, porque eu falei que foi tiro perdido, lá tinha muito bandido e eles aceitaram de boa, não foram a fundo, porque talvez se eles tivessem falado... mas como foi? Eles não perguntaram muita coisa (Di).

Figura 1 - Configuração da rede social com poucos atores na rede sócio-humana, característica entre as mulheres estudadas.

Esse “pacto de silêncio” entre usuária e profissional é reforçado quando a usuária percebe que este se mostra distante, o que aumenta o seu constrangimento de expor a situação vivida. Assim, a mulher prefere delegar ao profissional apenas a responsabilidade dos cuidados com seu corpo, não compartilhando os problemas conjugais que causaram as lesões. O relato a seguir, sobre um atendimento em um pronto-socorro, mostra esse mecanismo:

[...] aí quando ele me deu esse último soco eu fui procurar atendimento, mas eu menti, eu falei que meu filho estava em crise, e tinha me dado um murro [...] Eu fiquei com vergonha de falar que tinha apanhado dele. Já por umas duas vezes ele tirou sangue da minha boca (MF).

Estudo realizado com profissionais de saúde refere relatos de que estes não sabem o que fazer ou não querem se adiantar à mulher na explicitação da violência⁴. Mesmo quando o profissional valoriza essa explicitação, não acredita que sua ação seja eficaz, uma vez que a transformação da situação está fora do seu âmbito de atuação, constituindo o que Schraiber et al.¹⁴ denominam de “recusa tecnológica”. Segundo estes autores, nas concepções e representações desses profissionais, a violência situa-se fora do campo da saúde, já que este não dispõe de tecnologias capazes de dar conta do seu enfrentamento.

Mesmo quando há orientações no sentido de oferecer apoio às mulheres, os profissionais não consideram que isto seja sua atribuição, pois não seria tão bom ou realizado com a mesma competência identificada nas demais intervenções específicas da saúde⁴. A seguir, uma mulher relata suas numerosas doenças e tratamentos, sem articular suas queixas com a experiência da violência e sem esperar que o serviço que a atende faça também essa vinculação:

[...] eu trato em um ótimo hospital que fica longe de casa, aí um tem que ficar em casa e tem que ser ele (...) Eu tenho problema de pressão, aceleração no coração por causa da pressão, artrite, artrose, tenho colesterol, tenho diabetes, tenho esofagite, tenho candidíase esofágica, eu sou muito cheia de problemas, tomo muito remédio, tomo fluoxetina para depressão e às vezes preciso tomar Rivotril pra dormir, mas quando ele bebe é pior que tudo, então eu não sei nem o que é melhor pra minha vida (M).

A percepção dos profissionais em relação à articulação entre os serviços

Ainda que haja iniciativas visando organizar o trabalho de forma mais articulada, nos serviços cujas equipes buscam favorecer o fluxo de troca de informações na rede socioinstitucional há consenso entre os profes-

sionais sobre a necessidade de institucionalizar práticas de fortalecimento da rede de apoio às mulheres, de modo que o fluxo entre um serviço e outro possa ocorrer de forma compartilhada. Há poucos espaços instituídos de troca entre os membros das equipes, assim as trocas de informações sobre as atividades propostas para cada mulher é informal, e só ocorre entre os profissionais que têm interesse em fazê-lo. O relato de uma entrevistada ilustra tal situação:

A gente sabe que o trabalho isolado é difícil, e que a gente tem que construir essa rede, mas ainda é uma rede a ser construída, então eu conto comigo mesma (AS).

A circulação de informações entre os serviços é restrita às reuniões, que têm um caráter formal e burocrático, sem incluir os profissionais que estão no atendimento direto às mulheres. Há, portanto, uma fragmentação na rede institucional de apoio que pode significar também a fragmentação nas ofertas apresentadas à mulher. Isso impede que ela se sinta acolhida por uma estrutura vinculada a uma rede mais ampla, com vários pontos (outras estruturas, serviços) que também podem acolhê-la e apoiá-la, mediante uma coerência interna de olhares e procedimentos que fortalecem mutuamente os serviços/instituições e permitem que as mulheres se sintam mais seguras. Essa forma de funcionamento é relatada por uma das profissionais:

Existem linguagens diferentes nos serviços. O Centro de Referência procura acolher e valorizar o intersubjetivo e as outras linguagens, delegacias, fórum [...] é muita objetividade e acabam reproduzindo a violência, a rede [...] Cada um pega um pedacinho e tenta resolver lá uma situação que é de alta complexidade, até internamente é assim (AS2).

A necessidade de compartilhamento, de troca e de apoio, vivenciada pelos profissionais, acaba se resolvendo de forma não institucionalizada, por meio de uma rede de relações que, embora tenha um valor principal a ser compartilhado – o conhecimento técnico para dar respostas às questões das mulheres atendidas –, se sustenta com base na confiança mútua entre seus atores. Embora possa, em determinado momento, suprir a lacuna de uma institucionalidade, essa rede é frágil e se dissolve quando os atores trocam de posições, le-

vando consigo sua rede de contatos e apoios, conforme expressa o relato a seguir:

[...] acaba não tendo uma sistematização, uma padronização do serviço, então como o fluxo não é contínuo há uma rede informal, existe a pessoa de tal lugar, mas não é o lugar, é a pessoa que está lá que eu posso acionar para ajudar em determinada situação (PSO).

Além da falta de articulação entre os serviços e os profissionais da rede socioinstitucional, não há integração com os atores que estão próximos da mulher, espacial e afetivamente⁶. Os serviços têm a percepção de que a rede social das mulheres está corrompida, mas não foi identificada nenhuma iniciativa no sentido de estabelecer algum tipo de vínculo com a rede sócio-humana delas, como se observa a seguir:

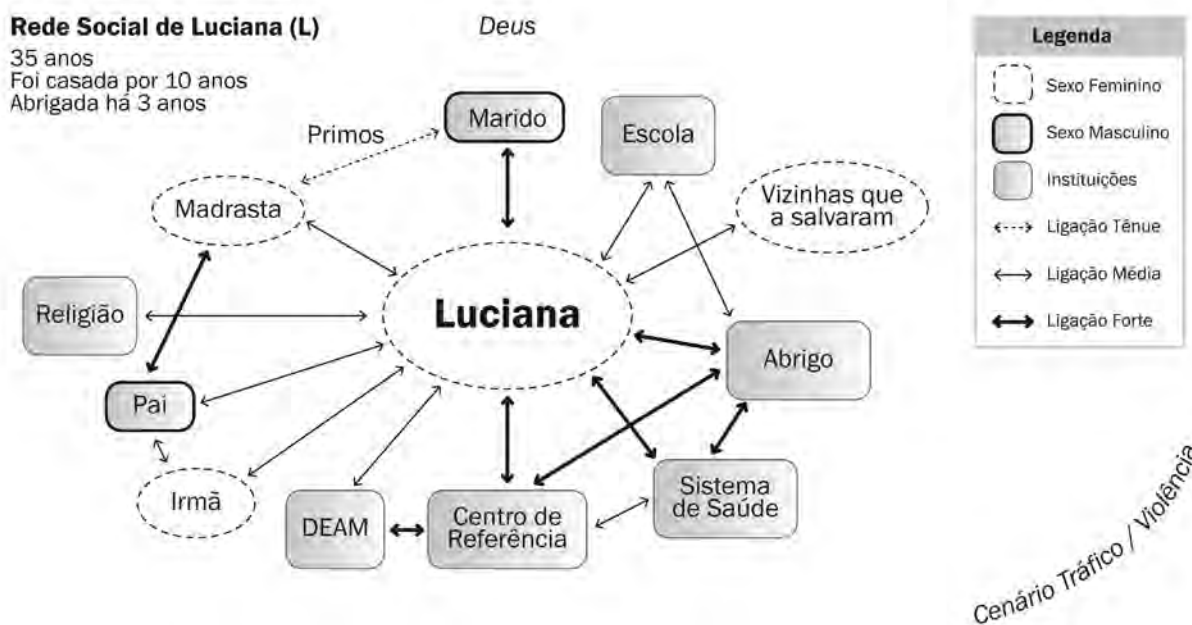
Os parceiros mais próximos acabam sendo a delegacia e a parte jurídica mesmo. As outras parcerias a gente idealiza que poderia ter uma proximidade maior, mas efetivamente falta muita coisa ainda (PSO).

Quando os espaços institucionais conseguem atuar em rede com práticas pautadas pela valorização das relações intersubjetivas, pela integralidade e por meio de ações articuladas entre os serviços, oportunizam à mulher organizar sua vida para além da violência, promovendo movimentos de transformação em busca de seus próprios objetivos, como podemos observar no seguinte relato:

Quando eu cheguei no abrigo eu não tinha uma escolaridade alta e eu voltei para a escola, eu voltei e terminei o primeiro grau, mesmo com problema de saúde, agora já tô fazendo o último ano do segundo grau. Eu cresci em termos de conhecimento, porque o abrigo me deu esse espaço. Eu converso muito com as educadoras, elas me dão esse apoio, elas me acompanham no médico, elas conversam com o médico e sabem o que está acontecendo (L).

Esse exemplo mostra que quando a rede socioinstitucional não está fragmentada consegue impactar a rede social da mulher, possibilitando que esta tenha uma configuração que venha a favorecer a existência de vínculos de proteção e a superação da situação de violência por meio da construção de outros objetivos para sua vida.

Figura 2 - Configuração da rede social da mulher com a rede de proteção e de serviços articulada.



Algumas considerações

A partir da configuração da rede social das mulheres e da valorização da dimensão relacional que se estabelece em todos os níveis da rede, é possível compreender que existe um processo de cuidado a ser realizado nos vários níveis organizativos da sociedade. Assim, a inclusão das mulheres que vivem em situação de violência nos serviços e em outros espaços sociais implica um conjunto de práticas sociais que reconheçam que cada sujeito é parte integrante de uma rede maior, de modo que todos, de alguma forma, estão implicados entre si. Novas articulações com novos atores pertencentes a diferentes níveis de redes sociais podem conferir um caráter mais amplo a questões que ultrapassam os limites do mundo privado ou dos espaços institucionais.

O setor saúde, como um dos pontos nodais a serem acionados pelos sujeitos nos momentos de crise, necessita ser mais ativo na sua articulação com os demais setores que, direta ou indiretamente, atuam sobre o cotidiano dos sujeitos. Pois se os componentes de uma rede de atenção à saúde, serviços e profissionais não se colocam ou não se veem como parte da rede social dos seus usuários, a rede desses sujeitos fica ainda mais frágil e fragmentada. Do mesmo modo, caberia a esse setor e aos seus profissionais contribuir para que as mulheres possam ampliar a compreensão sobre a violência vivenciada para além das circunstâncias da sua eclosão na relação interpessoal, e para as reper-

cussões sobre a sua saúde e qualidade de vida para além das lesões.

Desse modo, repensar a forma como os serviços estão organizados para atender as mulheres significa buscar novos instrumentos para compor com práticas e conhecimentos já disponíveis, devendo ser valorizada a articulação entre os atores da rede sócio-humana da mulher e as estruturas e profissionais que lhe dão suporte, possibilitando que a mulher se sinta segura para reorganizar sua vida para além da violência.

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília, DF; 2004.
2. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília; 2007.
3. Brasil. Lei Maria da Penha. Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006 que dispõe sobre os mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2010. 34 p. (Série ação parlamentar; 422).
4. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. *Athenea Digital*. 2008(14): 229-236.
5. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciê n Saúde Coletiva*. 2009; 14(4):1037-1050. 2009.
6. Dutra ML. A Configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. [dissertação de mestrado]. São Paulo: UNIFESP; 2011.
7. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela, WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciê n Saúde Coletiva*. 2013;18(5):1293-1304.
8. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Popul Rep*. 1999; 27(4):1-43.
9. ILANUD - Instituto Latino Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente. Das políticas de segurança pública às políticas públicas de segurança. São Paulo; 2002.
10. Martins PH, Fontes B. Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas. 2.ed. Recife: UFPE; 2008.
11. Martins PH. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc; 2009a.
12. Saffioti HIB. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. *São Paulo Perspect*. 1999; 13(4):82-91.
13. Sagot M. La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso en diez países. Washington: PAHO/ Programa Mujer, Salud e Desarrollo; 2000.
14. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 1999;3(5):11-26.

O impasse na suspeita ou na confirmação de abuso sexual infantil: a necessidade de encontrar marcas físicas

The dilemma of suspecting vs confirming child sex abuse: the need of finding physical evidence

Maria Theresa Bittencourt Pavão¹

Resumo

O presente artigo é um breve recorte de uma pesquisa mais ampla intitulada “Abuso sexual infantil intrafamiliar e a escuta dos pediatras”, realizada nas unidades básicas de saúde do município do Embu (SP) e em uma unidade de especialidades na cidade de São Paulo. O objetivo desta pesquisa foi apreender como os pediatras percebem e compreendem o abuso sexual contra a criança. Para este artigo será relatado e analisado, à luz da psicanálise, um dos eixos empíricos da pesquisa no que se refere à necessidade, relatada pelos pediatras, de encontrar marcas físicas para suspeitar, diagnosticar e notificar abuso sexual. Na análise dos resultados verifica-se que, apesar de a maioria dos pediatras entrevistados ter treinamento em abuso sexual infantil, questões pessoais, culturais e institucionais dificultam a prática. Observa-se, por fim, que há muito a fazer para que os profissionais de saúde sintam-se verdadeiramente capacitados para auxiliar no enfrentamento da violência contra as crianças.

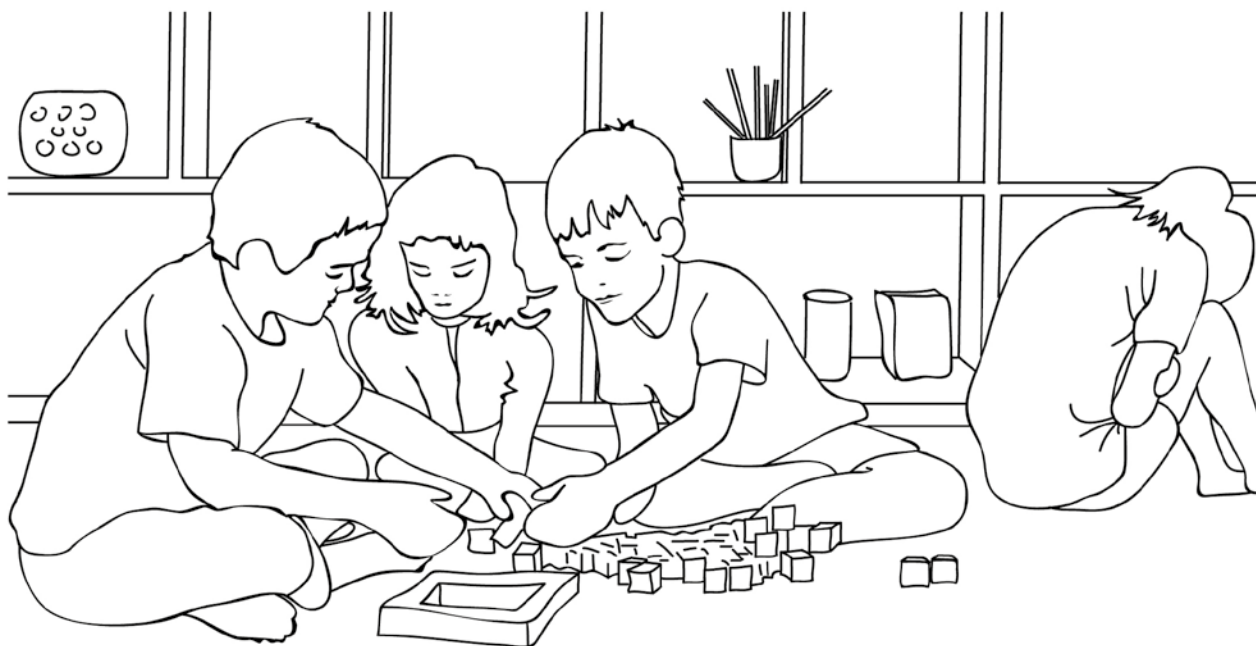
Palavras-chave: Abuso Sexual Infantil, Notificação de Abuso Sexual, Violência contra Crianças

Abstract

This article is a brief passage of a much ample research entitled “Sexual child abuse within the family and the pediatricians ways of listening”, conducted at the health basic units in the county of Embu – SP, Brazil. The main goal of this research was to learn how the Pediatricians perceive and understand sexual abuse against children. For this article it will be reported and analyzed, in the light of psychoanalysis, one of the axes of the empirical research, regarding the need, reported by pediatricians, to find physical evidence on children in order to suspect, detect and report sexual abuse. When analyzing the findings, we conclude that although the majority of interviewed Pediatricians have former training in the subject of child sex abuse, personal, cultural and institutional questions still impair the practice of such trainings. We finally observe there is still much to be done in order to enable the health professionals to truly feel capable to assist in facing the violence against children head on.

Keywords: Sexual Child Abuse, Sexual Abuse Notification, Violence against Children

¹ Maria Theresa Bittencourt Pavão (mtheresa.sp@hotmail.com) é mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo, especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo e graduada em Psicologia pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas. Atualmente é psicanalista no Hospital Ipiranga, da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo.



Introdução

Este texto tem como base uma dissertação de mestrado¹⁶ defendida em 2011, realizada em três Unidades Básicas de Saúde e na Secretaria Municipal de Saúde de Embu, na região metropolitana de São Paulo, e em um ambulatório de especialidades médicas da cidade de São Paulo, onde foram investigadas a percepção e a compreensão dos médicos pediatras em relação ao abuso sexual infantil.

Neste artigo, o objetivo é discutir a necessidade que os pediatras têm de encontrar marcas físicas nas crianças para suspeitar, diagnosticar e notificar o abuso sexual. À luz da psicanálise, apresentaremos a análise das narrativas realizadas com os entrevistados.

Abuso sexual intrafamiliar

O abuso sexual intrafamiliar é um fenômeno universal que ocorre em todas as idades, etnias, classes sociais, religiões e culturas, principalmente o incestuoso, praticado por alguém que a criança conhece, ama e em quem confia, facilitando assim o domínio perverso^{7,8,9}.

A verdadeira incidência é desconhecida, acreditando-se ser uma das condições de maior subnotificação e sub-registro em todo o mundo, pois é envolvida em um profundo pacto de silêncio familiar, principal responsável pelo tímido número de denúncias^{6,7}.

Estudos apontam que as maiores vítimas de abuso sexual intrafamiliar são meninas e que os

abusadores são, em sua maioria, os pais biológicos, seguindo-se os padrastos^{2,19}.

Ocorre abuso sexual intrafamiliar quando a criança é usada para satisfação sexual de um adulto ou adolescente mais velho, membro do grupo familiar, incluindo desde a prática de carícias, manipulação de genitálias, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia, exibicionismo, até o ato sexual, com ou sem penetração, sendo a violência sempre presumida em menores de 14 anos^{4,17}.

O abuso acontece em segredo, imposto por violência, ameaças ou mesmo sem palavras, segredo que tem como função manter uma coesão familiar e proteger a família do julgamento de seu meio social. São formas doentias e pervertidas de relacionamentos, em que há a perversão dos papéis de pai, mãe e filho; é o sintoma de uma família mal-estruturada – todos são vítimas e agressores, havendo transmissão através de gerações^{5,12}.

Há uma grande confusão na criança quanto aos papéis parentais – o pai deixa de ser o representante da lei e protetor e a mãe, por sua omissão, também deixa de protegê-la e sente ciúmes da filha, por ter sido trocada por ela.

Quando abusada sexualmente, a criança recebe um estímulo externo que não corresponde ao seu grau de evolução interna, impossibilitando assim uma integração física e psíquica daquilo que sofreu, podendo ocor-

rer um efeito traumático posterior, quando então o evento adquire sentido, sendo investido de uma dimensão traumática retardada, acarretando distúrbios da sexualidade e da parentalidade^{12,18}.

A resistência da criança ao agressor é pouca, tornando-a uma presa ao sistema relacional patológico, adaptando-se a ele. Por isso, é essencial sustentar a palavra da criança e reconhecer o quanto ela é frágil em tal situação. Se ela for ouvida de forma exageradamente dubitativa, poderá comprometer as chances de restaurar sua identidade já maltratada e reforçar as consequências do trauma^{10,12}.

O abusador, quando percebe que a criança começa a entender essa relação como abusiva, inverte os papéis, culpando-a por aceitar seus carinhos. Com a evolução do abuso e a chegada da adolescência, o abusador torna-se cada vez mais violento e possessivo, com medo de que sua vítima o denuncie ou de perdê-la para outros^{10,12}.

Do diagnóstico ou suspeita de abuso sexual à notificação

As crianças abusadas sexualmente não apresentam, na grande maioria dos casos, marcas em seu corpo que possam induzir ao diagnóstico clínico, mas podem apresentar sinais de alerta, como alterações de comportamento, indicativas de uma possível ocorrência de violência.

A atitude de suspeitar, por parte do pediatra, é o primeiro passo para a realização do diagnóstico diferencial. Não sendo possível um diagnóstico imediato, o acompanhamento da criança permite a efetivação de um diagnóstico mais seguro³.

Os principais sinais que podem ser considerados como um alerta para uma avaliação mais ampla são¹⁴:

- curiosidade incomum sobre os genitais;
 - medo de ficar só com determinada pessoa;
 - mudança súbita emocional ou de comportamento;
 - abandono das antigas brincadeiras;
 - problemas de sono e choro fácil;
 - queixas somáticas;
 - masturbação excessiva;
 - brincadeiras sexuais agressivas;
 - problemas na escola;
 - lesões genitais e/ou anais;
 - conhecimento sexual impróprio para a idade;
 - hematomas;
 - histórias de vitimização sexual por parte dos pais
- sobreviventes do abuso geralmente repetem o ciclo.

Espera-se que todo pediatra seja capaz de levantar a suspeita e considerar o risco de possível violência sofrida pela criança, chegando ao diagnóstico e à denúncia, de maneira que – sabendo da importância de sua intervenção como forma de prevenção ou interrupção do abuso – possa contribuir para desencadear o rompimento do pacto do silêncio que envolve a família¹⁶.

Os profissionais de saúde, em particular os pediatras, não conseguindo perceber esses sinais, subdiagnosticam essa ocorrência por uma série de razões, dentre elas desconhecimento sobre o assunto, falta de sensibilização e capacitação, auxiliando na manutenção do segredo familiar.

Na subnotificação dos casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes pela equipe de saúde, em especial pelos pediatras, estão envolvidas questões de ordem técnica (formação profissional e conhecimento), mas também questões de ordem psíquica, uma vez que se trata de um tema tabu, que não se resolve só com treinamentos e capacitações. Não se pode apontar apenas a deficiência da formação como responsável pela subnotificação, mas é preciso reconhecer o que é mobilizado internamente nesses profissionais quando estão diante dessas crianças ou desses adolescentes abusados.

A obrigatoriedade de denúncia e notificação, pelos profissionais da saúde, dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos foi inaugurada com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e deve ser feita ao Conselho Tutelar. Essas medidas são necessárias não só para a proteção das crianças, mas também como profilaxia, pois quando o abuso é descoberto imediatamente após o ocorrido, a rede pública é capaz de oferecer medidas de proteção à gravidez indesejada e prevenção ou tratamento precoce das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), até setenta e duas horas após o abuso¹³.

Diante disso, pensando em contribuir para minimizar esse problema, optamos por realizar um estudo, à luz da psicanálise, que possa dar pistas de como o profissional reage diante dessas situações e, a partir daí, colaborar para que os programas de capacitação e sensibilização para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes se tornem mais efetivos.

Metodologia

O estudo de campo foi realizado em dois municípios do estado de São Paulo:

- em um Núcleo de Gestão Assistencial do município de São Paulo: NGA39 Santa Cruz;
- em três unidades básicas de saúde do município de Embu, na região metropolitana de São Paulo: UBS Jardim Santa Emília, UBS Centro, UBS São Marcos e na Secretaria Municipal da Saúde.

Foram entrevistados dez médicos pediatras, sendo:

- sete mulheres e um homem no município de Embu;
- duas mulheres do município de São Paulo.

Optou-se pela modalidade estudo de caso detalhado²¹. A coleta dos dados foi feita no período de junho de 2009 a setembro de 2010, por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, contemplando a percepção que os pediatras tinham sobre a eficácia da notificação como um meio de cessar o abuso sofrido pela criança.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP 0215/09) em 20 de março de 2009. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, exigido para as pesquisas com seres humanos, foi apresentado a todos(as) os(as) entrevistados(as) e assinado após todas as informações pertinentes.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e, em seguida, construídas as narrativas, para então serem construídos os eixos de análise.

Análise dos resultados

Um dos eixos de análise encontrado, que apresentamos no presente artigo, foi a necessidade de encontrar marcas físicas para pensar em abuso sexual.

Nas entrevistas, verificou-se o quanto os pediatras estão presos à necessidade de observar uma marca física no corpo da criança para poderem suspeitar de uma situação de abuso sexual ou diagnosticá-la.

A dificuldade para suspeitar de abuso sexual por meio de sinais indiretos é também atribuída pelos pediatras ao pequeno tempo das consultas. Verificou-se, que mesmo insistindo na marca física, alguns dos entrevistados apontam outros meios mediante os quais a criança comunica – são os sinais indiretos:

[...] é difícil, uma pergunta difícil que você fez, é uma atitude que eu posso não estar tomando, é difícil... É difícil... No pronto-socorro, as coisas são mais... A pessoa está chegando no limite, no acontecido, na explosão da hora, mas numa consulta, no posto de rotina, é uma coisa mais difícil (Pe 2).

[...] eu não me sinto seguro quanto a isso, não; eu não me sinto seguro... Sem marca nenhuma, sem queixa da mãe, sem marca? (Pe 4)

[...] porque maus-tratos você vê fisicamente, é explícito, você não pode negligenciar isso, mas abuso sexual, será que foi? [...] Se não tem uma forte suspeita, uma coisa física ali, você fica: "será que foi?" (Pe 9)

[...] se a mãe não comentar isso, sem marca nenhuma, a gente não pensa nisso [...] primeiro precisaria que a... Precisaria... que tivesse algum indício, alguma desconfiança para poder pensar nisso, e aí tentar descobrir, porque não tem nada, e se a gente não desconfia de nada, a mãe não desconfia de nada, o médico não desconfia de nada (Pe 4).

[...] tem que ter uma lesão física, senão como que eu vou imaginar isso, como eu vou suspeitar? Pela história? As histórias? Como eu vou... Porque ou vai ter que trazer a queixa, ou tem que ter uma lesão física. Senão, como é que eu vou pensar nisso? (Pe 5)

[...] mesmo porque não é costume da gente examinar tanto assim, tão profundamente para descobrir isso, sem queixa, sem marca nenhuma, tem que examinar toda a criança de modo mais profundo, acho que não é o hábito normal (Pe 4).

[...] no ambulatório, para desconfiar, precisa a mãe reclamar ou puericultura, crianças que fazem a puericultura, que não é muito frequente (Pe 10).

Ainda que o pouco tempo da consulta possa ser um elemento que dificulte o diagnóstico, devem ser levadas em conta, na escuta, as palavras e queixas do paciente. Elas são como que subtraídas ao que foi trazido para o encontro médico-paciente. As palavras do médico, na medida em que transformam a história do indivíduo num mito morto, tornam inconsequente o depoimento do paciente, que procurará então exprimir-se no sintoma. O importante não é suprimir o sintoma, mas decifrá-lo, entender sua causa, entender o que a criança procura dizer, de maneira ruidosa, numa linguagem sem palavras ou numa linguagem alterada¹¹.

O pediatra e outros profissionais estão habituados a ouvir queixas e relatos do responsável, geralmente mãe ou avó. No entanto, é preciso estar atento. O espaço da consulta é do cliente – criança ou adolescente – que

tem o direito à palavra. Ainda que pequena, a criança se comunica por gestos, olhares, reações de medo, empatia ou birra. Tudo que se passa durante a consulta são formas de comunicar – ou tentativa de esconder – algo que não vai bem no cotidiano.

O usuário sempre comparece a esse encontro movido por demandas mais ou menos explícitas, munido de seu corpo e sua singular subjetividade⁴.

Considerações finais

Apesar de o abuso sexual em crianças e adolescentes ser de notificação compulsória no Brasil, as estimativas apontam que apenas 20% dos casos são registrados, o que dificulta traçar um perfil epidemiológico para que ações de prevenção e tratamento sejam realizadas.

Os pediatras entrevistados afirmaram que não podem desconfiar de que uma criança esteja sendo abusada sexualmente quando não percebem uma marca física. É interessante observar que esse tipo de afirmação foi recolhido em um conjunto de profissionais que está recebendo, há algum tempo, capacitação em atendimento de crianças abusadas sexualmente. Os oito pediatras do município de Embu frequentam reuniões em que esse tema é exaustivamente abordado; entretanto, eles referem a dificuldade aqui citada.

A criança abusada tem acesso ao seu corpo erógeno, através da báscula entre sofrimento/prazer e dor/satisfação. Ela pode reencontrar no abusador o sinal do amor e/ou da dor.

Dessa forma, a criança abusada apresenta-se na consulta pediátrica apenas com seu corpo erógeno, marcado pelo abuso, que se reflete nas relações por ela vividas, inclusive com o médico, e isto pode não ser percebido se o médico estiver atento apenas à queixa somática.

A demanda dirigida ao corpo médico sustenta-se sobre um sintoma como sinal de uma doença que espera ser autenticada pelo saber da medicina. Logo, a partir da queixa do paciente, cabe ao médico dar um significado a esse sintoma, que determinará o tratamento a ser feito. A definição, segundo a qual saúde é o silêncio dos órgãos, mantém uma forte relação com o outro do controle que, por meio de um código de ética, orienta uma terapêutica que tem por objetivo tanto o bem-estar como a remissão dos sintomas e, por fim, a cura²⁰.

A clínica médica trata o sintoma como um sinal que precisa ser interpretado, decifrado e classificado pelo médico²⁰.

Importante também é considerar que as consultas médicas, principalmente no setor público, obedecem à lógica de metas de produção, o que impossibilita um atendimento integral à saúde dos pacientes. Esta pesquisa demonstrou que, para um olhar e escuta das queixas não faladas dos pacientes, é fundamental um tempo maior na consulta e a possibilidade de os profissionais acompanharem as crianças em consultas mais constantes, diferente do que hoje é observado.

Por se tratar de uma questão delicada, que envolve tabus, dinâmica familiar e sexualidade, esse tema não faz parte das discussões da população em geral e, particularmente, entre os profissionais de saúde, e quando existe, é nos treinamentos e capacitações.

Para que a suspeita de abuso sexual contra crianças passe a fazer parte do rol de hipóteses diagnósticas do pediatra, deve-se tratar essa questão como algo real, que existe, que é um fato, tal como tantos outros males a que as crianças estão sujeitas no cotidiano de suas vidas.

Só haverá contribuição na medida em que o pediatra, após entrar em contato com os sentimentos conflitantes suscitados pela questão, possa afastar-se deles, considerando devidamente a qualidade traumática da situação, para encarar o abuso como um acontecimento factível.

Referências

1. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência – ABRAPIA. Relatório de abuso sexual: período 01 de janeiro de 2000 a 31 de janeiro de 2003 [monografia na internet]. Rio de Janeiro; 2003 [acesso 2 mar 2013]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Abuso_Sexual_mitos_realidade.pdf
2. Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H. Child sexual abuse. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva: WHO; 2004. v.2, cap. 23, p.1851-1940.
3. Bourroul MLM, Rea MF. Tratando-se de violência. BIS-Boletim do Instituto de Saúde. 2004; 33: 19-20.
4. Campos RO. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. Ciênc Saúde Coletiva, 2005; 10 (3): 573-83.
5. Cohen C, Gobbetti GJ. Abuso sexual intrafamiliar. Rev Brasil Ciências Criminais. 1998; 6(24): 235-43.
6. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. Cad Saúde Pública. 1994; 10 (supl. 1): 177-187.
7. Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. J. Pediatr. 2001;77(5):413-419.
8. Furniss T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
9. Gabel M. Crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo: Summus; 1997.
10. Lamour M. Os abusos sexuais em crianças pequenas. In: Gabel M, organizador. Crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo: Summus; 1997.
11. Mannoni M. Educação impossível. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1988.
12. Mazet P, organizador. Crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo: Summus; 1997. Problemas exemplares para a psiquiatria da criança e do adolescente; cap.6, 202-210.
13. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 2.ed.atual. ampl. Brasília, DF; 2005.
14. Palusci VJ. Instrumentos de avaliação de abuso sexual em crianças. J Pediatr. 2006; 82(6): 409-10.
15. Pavão MTB. Abuso sexual infantil intrafamiliar e a escuta dos pediatras [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011.
16. Pfeiffer L, Salvagni E. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. J Pediatr. 2005; 81(supl. 5): 197-204.
17. Renshaw DC. Incesto: compreensão e tratamento. São Paulo: Roca; 1984.
18. Rouyer M. As crianças vítimas, conseqüências a curto e médio prazo. In: Gabel M, organizador. Crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo: Summus; 1997.
19. Saffioti HIB. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual. In: Madeira FR, organizador. Quem mandou nascer mulher? São Paulo: Rosa dos Tempos; 1997.
20. Sarno L, Fernandes A. Psicanálise e hospital geral: limites e possibilidades. Cogito [periódico na internet]. 2004 [acesso 11 mar 2013]; (6): 151-153. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792004000100034
21. Van Velsen J. A análise situacional e o método de estudo de caso detalhado. In: Feldman-Bianco B. Antropologia das sociedades contemporâneas. São Paulo: Global; 1987.

Identificando potencialidades e fragilidades do trabalho em rede de proteção contra a violência na infância*

Identifying strengths and weaknesses of networking protection against childhood violence

Ana Paula Pereira Fernandes¹, Verônica de Azevedo Mazza^{II}

Resumo

Esta pesquisa apresenta uma abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, com o objetivo de identificar potencialidades e fragilidades do trabalho em rede de proteção contra a violência na infância. O estudo foi conduzido no município de Colombo (PR). Participaram 46 profissionais que integram a rede de proteção contra a violência na infância do município. A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2011, por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas. Utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin, na categoria temática, à luz das concepções teóricas de Fritjof Capra. Emergiram três categorias: Percepção da Rede de Proteção, Realimentação da Rede de Proteção e Conexões Não Lineares da Rede de Proteção. O estudo permitiu conhecer a dinâmica organizacional da Rede de Proteção contra a Violência na Infância em uma perspectiva autopoietica, integrativa, interativa, criativa e interdependente entre os diferentes setores e serviços que conformam a teia para a proteção infantil, sendo essa rede um potencial para a prática dos profissionais, em especial os profissionais de saúde. Com isso, os profissionais podem ultrapassar a dimensão singular para construir propostas que incorporem as dimensões estruturais e sociais para garantir o direito de proteção às crianças e suas famílias.

Palavras-chave: Apoio Social, Violência, Saúde da Criança

Abstract

This is a research with qualitative approach, a case study, aiming to identify strengths and weaknesses of networking protection against childhood violence.

The study was conducted in the city of Colombo (Paraná, Brazil), comprising 46 professionals that integrate network protection against childhood violence in the city. Data were collected from April to June 2011, through semi-structured interviews recorded. We used content analysis of Bardin theme category in the light of theoretical conceptions of Fritjof Capra. Three categories emerged: Perception of Protection Network, Feedback Protection Network, and Nonlinear Connections Network Protection.

The study provided the organizational dynamics of Protection Network against Violence to Children under an autopoietic perspective, integrative, interactive, creative and interdependence among different sectors and services that make the net for child protection, which is a potential for network professional practice of professionals health in particular. Professionals can overcome the singular dimension to construct proposals that incorporate structural and social dimensions to guarantee the right of protection of children and their families.

Keywords: Sexual Child Abuse, Sexual Abuse Notification, Violence against Children

¹ Ana Paula Pereira Fernandes (anaenfermagem1@yahoo.com.br) é enfermeira, mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

^{II} Verônica de Azevedo Mazza (mazzas@ufpr.br) é enfermeira, doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo.

*Dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, defendida no ano de 2012.



Introdução

A violência é um dos grandes desafios deste século, sendo uma das principais causas de morbimortalidade na população. Trata-se de um fenômeno complexo que, sob o olhar da sociedade contemporânea, degrada a autonomia do sujeito e compromete sua cidadania. A complexidade da violência contra a criança na atualidade exige do poder público e da sociedade civil formas diversificadas e integradas para seu enfrentamento².

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde, as mulheres e crianças requerem atenção especial, devido a suas características de vulnerabilidade em relação ao agravo. Soma-se a essa inquietação o conhecimento acumulado em diversas áreas ao longo dos anos de todas as formas de violência que podem gerar complicações imediatas, e a longo prazo, para a saúde, desenvolvimento psicológico e social dos indivíduos, famílias, comunidades e países⁸.

A violência e os acidentes estão classificados no Código Internacional de Doenças (CID) no grupo causas externas, que no Brasil, em 2010, atingiu o percentual de 53,2% e correspondeu à primeira causa de mortalidade na faixa etária de 0 a 19 anos¹⁵.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), responsável por acompanhar os registros de agravos à saúde no país, tais como a violência, apontou, no ano de 2011, taxas de atendimento de crian-

ças vítimas de violência na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), por faixa etária, em todos os estados do Brasil. Assim, observa-se que, em 2011, foram registrados 39.281 atendimentos para esse agravo na faixa de menor de 1 ano a 19 anos de idade, o que representou 40% do total de 98.115 atendimentos computados pelo sistema nesse mesmo ano¹⁵. Contudo, as notificações do Sinan representam apenas a ponta de um iceberg, pois expressam somente os casos que chegam ao conhecimento dos órgãos competentes, aqueles que requerem algum tipo de atendimento médico em decorrência da gravidade ou necessidade das vítimas, ou ainda podem não somar os casos identificados por outros órgãos, como as delegacias de polícia, conselhos tutelares e serviços de saúde privado, entre outros.

A violência passa a ser incluída na pauta do setor saúde no Brasil na década de 1970, com maior envolvimento de organizações não governamentais na década de 1980. É nesse contexto de envolvimento dos movimentos sociais que surgem as políticas públicas de saúde, com reivindicações de direitos para a cidadania, a exemplo do Estatuto da Criança e do Adolescente, que visa à proteção integral de crianças e adolescentes¹⁴.

Nessa perspectiva, compreende-se que, para garantir tais direitos com prioridade absoluta, compartilhem responsabilidades a família, a sociedade e o Estado. Para tanto, esse compartilhamento depende de uma rede integrada com a atuação de vários setores e servi-

ços da sociedade. O trabalho na rede de proteção torna-se uma estratégia para materializar políticas públicas por meio de compromisso e responsabilidades compartilhadas para atender às diferentes necessidades para o combate ao fenômeno. A compreensão do conceito de rede permite ampliar as possibilidades para fortalecer o cuidado à saúde das famílias e das crianças⁷.

As redes de proteção contra a violência podem ser consideradas redes sociais. Na concepção de Fritjof Capra, um filósofo estudioso de tais organizações, estas são classificadas como tipos diferenciados de sistemas vivos que constroem teias de comunicação, envolvendo a linguagem simbólica, os limites culturais e as relações de poder. Além de agregar pessoas no sistema social na condição de membros, articulam sistemas cognitivos, consciência e cultura. Na concepção de Capra, essas redes têm características comuns, de sistema aberto, realimentado de forma não linear, e com capacidade autopoietica que permite sua recriação⁴.

Dessa forma, a rede de proteção destaca-se como um potencial para as ações no enfrentamento da violência e requer a participação de diferentes setores da rede de proteção, em especial dos enfermeiros, pelo caráter de suas atribuições na equipe de saúde e sua proximidade com a comunidade. Este trabalho objetiva identificar potencialidades e fragilidades do trabalho em rede de proteção contra a violência na infância.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, realizada no período de abril a junho de 2011, no município de Colombo, região metropolitana de Curitiba (PR).

Para a seleção dos sujeitos, utilizou-se a técnica de bola de neve, e o primeiro entrevistado foi um ator de papel relevante na rede, de acordo com o protocolo da Rede Municipal de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência do município¹. O critério de inclusão foi a concordância em participar voluntariamente da pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compuseram os sujeitos do estudo 46 profissionais dos diferentes setores que integram essa rede de proteção: dez do setor saúde, seis do setor judiciário e segurança pública, 14 do setor de assistência social, sete do setor de educa-

ção, três do Conselho Tutelar e seis do terceiro setor. As falas desses sujeitos foram codificadas pelas siglas dos setores e numeração aleatória.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas. Foi usado um guia para a entrevista, composto por identificação codificada do entrevistado e por perguntas sobre as formas de identificação do caso de violência pelo profissional da rede, experiências anteriores, encaminhamentos e recursos aplicados e disponíveis no município, fluxos, normas e diretrizes para esses encaminhamentos, e a percepção sobre o trabalho na rede de proteção contra a violência na infância, facilidades e dificuldades desse trabalho.

Utilizou-se a análise categorial temática de Bardin¹ à luz das concepções teóricas de Fritjof Capra para interpretação dos dados. Da análise, emergiram três categorias: Percepção da Rede de Proteção, Realimentação da Rede de Proteção e Conexões Não Lineares da Rede de Proteção.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o registro CEP/SD: 988.113.10.08.

Resultados e discussão

Percepção da Rede de Proteção

A rede, na concepção de Capra, é uma estrutura aberta composta por nodos interconectados expandidos por meio da integração de novos nodos, compartilhando códigos de comunicação que expressam conceitos, valores e objetivos de um grupo ou população^{3,4}.

Nessa categoria, entre as fragilidades estão algumas falas que não reconhecem as ações desenvolvidas como uma rede de proteção do município, pois ainda a compreendem como uma estrutura física específica para esse fim, e não um emaranhado de interações institucionais e informais existentes. No entanto, as redes de proteção trazem uma nova concepção de trabalho, integrado e intersetorial em constante construção, e não um novo serviço para o atendimento dessas crianças. Portanto, a percepção de rede requer a mudança de paradigma dos profissionais, que pode se dar por meio de capacitação e campanhas de estímulo para que os profissionais tenham vontade de trabalhar em rede e de viabilizar os equipamentos estatais na comunidade para integrar a proteção infantil, além de mecanismos contínuos de avaliação da rede de proteção¹¹.

¹Material do Protocolo da Rede Municipal de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência disponível em: <www.colombo.pr.gov.br>.

Algumas frustrações foram referidas pelos entrevistados com relação à experiência do trabalho em rede, sentindo-o aquém do potencial de resposta ao fenômeno, considerando as práticas muitas vezes pontuais e fragmentadas, necessitando de uma coordenação para garantir a efetividade de determinadas ações. Eles ressaltaram também que o trabalho em rede depende da efetivação de diretrizes políticas públicas para fortalecer a integração entre os diferentes setores da sociedade, de recursos para sua atuação e delineamento de normas que assegurem a operacionalização das redes de proteção.

De acordo com a fala do sujeito a seguir, a fragilidade das políticas públicas que compõem o sistema pode comprometer o trabalho de todos os integrantes, pois remete à percepção de inefetividade de gestão do espaço público, com falhas para a proteção integral das crianças e inadequações de estruturas da rede.

Eu percebo um trabalho de extrema necessidade, não consigo imaginar a sociedade no Brasil hoje sem o trabalho de rede, porém há a fragilidade do espaço público, políticas que não avançam, e acaba por deixar a rede bem fragilizada, com alguns tipos de furos (SAÚ 2).

Atender aos direitos das crianças é uma tarefa árdua por depender de mudanças mais profundas relacionadas à adoção de padrões de equidade e justiça social nas políticas públicas para a criança e o adolescente. É preciso avançar no sistema de garantia dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes, que só ganha dinamicidade pela ação concreta de sujeitos imersos no sistema e pelos representantes nas discussões no campo da cidadania⁷.

Para o sujeito JUD 3,

a dificuldade da rede, eu acho, na minha opinião, é quase uma questão cultural, nenhum profissional é treinado de maneira suficiente para entender o que é trabalhar em rede (JUD 3).

Os profissionais não são qualificados para o trabalho em redes, o que pode comprometer a articulação inter-setorial e a efetividade desse trabalho. Tal dificuldade do trabalho em rede pode ser reflexo do processo histórico na introdução dessa estratégia, que ocorreu inicialmente na esfera das necessidades percebidas pela organização de movimentos sociais e que ainda precisa

de mais estudos para seu aprofundamento teórico para alavancar as políticas governamentais para a área.

Na percepção dos sujeitos, o advento da organização do trabalho em rede no município foi percebido em meados de 2005:

Aí, a partir de 2005, com os avanços que foram alcançados aqui no município, nós conseguimos fazer engrenar a rede (SOC 5).

Houve uma articulação multiprofissional e inter-setorial de forma institucional, que ainda requer avanços, pois se encontra em fase de construção. Salienta-se que esse tipo de trabalho tem o potencial de articular os saberes de diferentes áreas de conhecimento, sendo, portanto, fundamental para combater as dificuldades de atendimento de um fenômeno tão complexo como a violência.

Para os entrevistados, os conceitos e o conhecimento sobre a forma de atuar em rede são construídos com base na experiência dos sujeitos com práticas multidisciplinares e intersetoriais. Neste estudo, a reunião da rede e os encaminhamentos para outros serviços e setores também foram citados como um potencial para fortalecer a prática do trabalho em rede. O aprendizado do trabalho em rede emerge da compreensão da ideia de compartilhamento de deveres e direitos nas relações entre os membros, estando relacionado ao reconhecimento dos serviços e suas potencialidades e fragilidades comuns e diferenciadas para a proteção infantil. É preciso delimitar objetivos e competências dos diferentes atores.

Realimentação da Rede de Proteção

Os laços de realimentação constituem um padrão das redes, de maneira que os processos iniciados se propaguem para alimentar todo o sistema. As informações e a comunicação impulsionam a propagação de energia, seja ela material ou não, de modo a sustentar as articulações e a produzir um efeito sobre todos os elementos da rede, ou seja, o feedback ou retroalimentação⁴.

Neste estudo, os sujeitos identificaram que o padrão da rede é realimentado por laços de informações do sistema, construídos e sustentados por ações como identificação e notificação dos casos de violência, visita domiciliar, prevenção da violência e acolhimento institucional, entre outras que podem compor esse tipo de trabalho. As informações disparadas por um sujeito

da rede passam por toda a sua estrutura, de modo a retornar ao sujeito inicial. Cabe dizer que a realimentação significa o desempenho efetivo na interação desse sistema, não o desempenho previsto em uma ação pontual, individual⁴.

Segundo os sujeitos deste estudo, a identificação dos casos de violência contra a criança e o adolescente é uma ação que não se apoia somente em um diagnóstico, mas principalmente em uma série de eventos e situações que podem levar à suspeita e/ou à sua confirmação, realimentando informações e sinalizando o caso em algum ponto da rede para os demais membros, articulando-os para o seu enfrentamento. Para tanto, é preciso estar atento para diferentes situações em que a violência pode ocorrer e contar com o apoio de diversos atores em espaços distintos, tais como a comunidade, família, instituições religiosas e equipamentos formais ou não, que prestam assistência à criança. Esses atores geralmente têm proximidade com as crianças e podem permitir a visualização da violência oculta, muitas vezes, no espaço privado.

Entre as fragilidades da ação, destaca-se a subnotificação dos casos de violência ao Conselho Tutelar, com encaminhamentos apenas em casos extremos de violência, expresso nas falas a seguir:

Dizer que eu passo para o Conselho Tutelar, só se for um caso muito extremo, e eu puder ficar em cima. Eu troco com a responsável pelo CREAS, a gente conversa muito (SOC 7).

Embora ele [Conselho Tutelar] só é acionado nos casos graves, nós só acionamos quando é agressão física, sexual ou ameaça de morte. Outro tipo de violência, a violência crônica, nós não acionamos, nós só encaminhamos a ficha de notificação, e daí a responsabilidade é deles, em fazer a visita ou não (SAÚ 8).

A esse respeito, os sujeitos alegam que tal serviço tem uma demanda excessiva de trabalho e existem dificuldades de retorno das informações sobre alguns casos enviados, além de sentirem medo de represália dos agressores nos locais de trabalho. Ressalta-se que a subnotificação traz dificuldades, prejudicando a realimentação da rede, podendo ser amplificada às vítimas e suas famílias, além de não expressar a magnitude do problema.

A notificação de maus-tratos contra a criança e o adolescente tem o intuito de interromper atitudes e comporta-

mentos violentos que prejudicam o bem-estar da criança, podendo iniciar um conjunto de cuidados socio sanitários para a proteção das vítimas e suas famílias¹⁰.

Outro ponto negativo nessa ação foi a referida mudança constante no quadro de profissionais do município. Para isso, os entrevistados sugerem que é preciso pensar em um processo de capacitação permanente dos profissionais, com esclarecimento sobre a identificação, abordagem do problema e reconhecimento da rede de serviços disponíveis no município.

Como potencialidade para realimentar o sistema com relação a essa ação, aponta-se que, apesar dos relatos de subnotificação, existe a prática de integrar outros serviços para a identificação dos casos, a intensificação do atendimento à vítima e sua família, com agendamento de retornos frequentes e a possibilidade de vislumbrar a realização de outros encaminhamentos que forem necessários para ampliar essa rede e seus recursos. Assim, as crianças com risco para violência e suas famílias atendidas pelos serviços necessitam de avaliações amplas e mais cuidadosas para identificar problemas encobertos por outras queixas apresentadas como motivo principal pela procura do equipamento⁹.

As redes podem construir relações confiáveis entre seus membros, embasadas na troca de informação e conhecimento¹². Isso é importante para manter o fluxo de informação, pois, de acordo com os sujeitos do estudo, o relato de violência familiar está condicionado a fatores como o medo, a dependência social, cultural e econômica do agressor no contexto familiar, que precisam, portanto, ser trabalhados entre seus membros.

A visita domiciliar (VD) surge como uma ação importante para realimentar o processo de investigação do caso de violência, nos casos de suspeita, para conhecer a realidade e as necessidades específicas da família e subsidiar articulações com outros atores para compor a teia de proteção contra a violência.

O ponto crítico para essa ação é a sensação de insegurança no momento da VD. De acordo com os entrevistados, isso ocorre pela inserção dos profissionais em áreas consideradas de maior risco para a violência dentro do município, como relatado a seguir:

[...] caso o conselho precise visitar o domicílio, porque às vezes vão num local que é perigoso, aí eles pedem apoio policial, aí pedem auxílio policial até o local (JUD 1).

A insegurança e o medo também são dificuldades referidas em outros trabalhos que mencionam aspectos da visita domiciliar, que surgem principalmente no cotidiano do trabalho com os indivíduos vítimas de violência e seus agressores. Observa-se que, presentes esses riscos, alguns limites devem ser conhecidos e respeitados pela equipe; entretanto, esses limites nem sempre são bem reconhecidos em razão dos riscos aos quais estão expostos⁹. É importante destacar que não existe legislação específica em relação à segurança dos profissionais que atuam nessa área.

A VD é uma ferramenta ampla, citada como recurso utilizado por diferentes setores. E como potencial, pode-se citar a articulação com serviços de segurança pública em prol da proteção dos profissionais que abordam a violência contra a criança, quando requerido. De acordo com os sujeitos do estudo, em determinados casos o Conselho Tutelar costuma solicitar a escolta policial nas delegacias, e a escola geralmente recorre ao serviço de patrulha escolar, que também faz a vigilância no ambiente escolar, estabelecendo parcerias não descritas em normativas.

Com relação à prevenção da violência junto às famílias, esta é uma preocupação que permeia todos os setores da rede de proteção, realimentada por diferentes atores e enfoques, com ações que envolvem indivíduos, grupos comunitários e famílias.

Algumas das fragilidades citadas para essa ação são as limitações de recursos para esse fim e a descontinuidade das políticas públicas para prevenção da violência. De acordo com os entrevistados, isso foi observado em dois aspectos: o acesso limitado às vagas em projetos socioeducativos e a falta de manutenção financeira desses projetos. Um exemplo é o projeto social Atitude, em parceria como o Governo do Estado do Paraná para atividades socioeducativas, que teve a duração de um ano. Após esse período, o projeto teve encerrados o financiamento e a verba para pagamento dos bolsistas. Outro exemplo é o projeto de contraturno escolar Procriando, que, de acordo com os entrevistados, apresenta número insuficiente de vagas para as necessidades da população.

Mesmo com o dinamismo de muitas das propostas vigentes, há pouca atenção e sistematização de ações das instituições voltadas para a prevenção da violência. No Brasil, os investimentos têm sido antes direcionados à atenção às vítimas de agravos do que a aspectos que inibem o problema antes de sua ocorrência⁶.

Como pontos que fortalecem o trabalho de prevenção contra a violência, os sujeitos do estudo afirmaram existir no município diferenciadas alternativas como projetos sociais para a geração de renda, projetos socioeducativos desenvolvidos na comunidade, e participação de organizações não governamentais (ONGs) do terceiro setor para dispor atividades de contraturno escolar e atendimento psicológico que visem à promoção do vínculo familiar das crianças construindo cidadania.

Estas ações são desempenhadas por diferentes setores e profissionais, a exemplo da patrulha escolar, saúde e educação, por meio da comunicação em palestras e atividades para orientação dos pais e alunos sobre o combate à violência, visando a uma cultura de paz.

A prevenção da violência envolve práticas de atenção nas esferas individuais e coletivas nos diferentes setores, tendo como pressuposto que famílias cada vez mais vulneráveis necessitam de maior atenção, por precisarem romper com práticas hereditárias relacionadas à violência¹³, a exemplo da fala a seguir:

[...] é preciso inserir a criança no Procriando, porque muitas vezes as crianças estão vulneráveis porque estão sozinhas em casa. Algumas aqui no Atitude, as mães têm vindo trazer e buscar. A gente está trazendo para não deixar na rua. Então Procriando, Atitude, Projovem [projetos sociais], igual eu tenho alunos que vêm todos os dias (SOC 7).

Os projetos sociais são apontados como estratégia importante para fortalecer a prevenção da violência nesses casos de vulnerabilidade em que há continuidade do ciclo da violência.

Outra ação referida pelos sujeitos do estudo foi o acolhimento institucional em casas para esse fim, uma medida considerada extrema para os profissionais da rede, referido no depoimento de CT 2:

Então nós temos que trabalhar dentro dessas medidas, buscando todos os órgãos de proteção à criança. Fazendo todas essas situações de encaminhamento não surtindo efeito, e a criança prevalecendo em situação de risco, aí tem que se aplicar a última medida, que é a medida do acolhimento institucional, que a criança vai para o abrigo (CT 2).

Essas casas têm sua criação e gerenciamento por ONGs, com contribuições de recursos da Prefeitura e doações de outros órgãos.

Entre as fragilidades dessa ação, também se identifica a insuficiência de recursos destinados à área; assim, os sujeitos dizem que a quantidade de casas de acolhimento existentes não atende às reais necessidades do município, além de dependerem da colaboração dos atores comunitários, como as ONGs, cabendo-lhes elaborar e integrar estratégias financeiras para prover esses direitos às vítimas de violência, com suporte parcial do Estado.

Como potencial dessa ação, foi mencionada a reorganização dessas instituições para minimizar os danos causados às vítimas com a divisão por delimitação de faixa etária e sexo das crianças e a articulação de diferentes serviços, em especial os do Judiciário, para diminuir o número de crianças abrigadas e seu tempo de permanência nessas instituições por meio de audiências concentradas para resolver as questões de guarda e adoção.

Conexões Não Lineares da Rede de Proteção

A concepção de não linearidade do sistema se relaciona ao fato de a estrutura da rede de proteção contra a violência na infância ser aberta e permitir inúmeras formas de conexão, incluindo novos elementos. Os sistemas abertos requerem um fluxo contínuo de matéria e energia oriundos do meio ambiente e contribuem para a sua sobrevivência⁴. O padrão não linear das conexões da rede de proteção pôde ser percebido nas ações e no fluxo de informações próprias do sistema, permitindo à mensagem se estender a todas as direções.

Nesta pesquisa, a organização no processo de comunicação por meio de conexões não lineares faz a potencialidade das informações sobre os casos de violência contra a criança circular de diferentes formas e por diversas fontes, apontando que tais informações poderão permear essa rede com maior facilidade. A identificação e o informe sobre a violência aos órgãos competentes podem ser formais, iniciados pelos mecanismos de notificação nos espaços institucionais de saúde, educação e ação social, que realizam o atendimento direto à criança e ao adolescente, e informais, provenientes de familiares e da comunidade em geral.

Outros potenciais da não linearidade da rede de proteção apontados pelos sujeitos foram o atendimento e os encaminhamentos subsequentes dos casos de violência contra a criança, que também acompanham esse padrão não linear, pois dependem de características como as diferentes formas de violência, a gravidade

dos casos, as necessidades específicas das vítimas e famílias e a disposição de serviços no município – como se observa na fala a seguir:

Tem coisas da educação que nós resolvemos a educação e a saúde, não envolvemos o social por esta situação que eu te coloquei, que também eu vejo como uma opção da rede, a rede não é obrigado todo mundo passar pelo mesmo lugar, você pode divulgar para um e passar para outro (SAÚ 8).

Tais características levam a refletir que a rede possui uma dinâmica peculiar e temporal de organização. Isso porque não segue necessariamente as determinações institucionais estabelecidas em documentos, e sim as experiências de aprendizado nas articulações entre os elementos da rede e as disposições individuais e coletivas para resolução do problema, permeando a dimensão singular para o enfrentamento da violência.

Esse conceito não linear reforça que a magnitude da violência e suas propostas de enfrentamento não podem se limitar às ações lineares, hierarquicamente constituídas e isoladas em apenas um setor, instituição ou profissional, visto as ações individuais não serem suficientes para a complexidade do problema⁵.

Considerações finais e recomendações

O estudo contribui para a construção do conhecimento sobre o trabalho em rede de proteção contra a violência na infância, pois abarca características comuns a essa estratégia e pode subsidiar novas pesquisas sobre o tema.

Ao reconhecer a rede de proteção contra a violência, sua capacidade e limitações, os profissionais de saúde podem melhorar sua forma de atuação diante de situações de violência na infância, indo além das ações da dimensão singular para construir propostas que incorporem as dimensões estruturais e sociais articuladas a diferentes setores da sociedade, para garantir o direito de proteção às crianças e suas famílias.

A potencialidade do trabalho em rede de proteção compreende a possibilidade de gerar ações amplas, integradoras, intersetoriais, de forma não linear, em constante construção, poder compartilhado gerando a própria cultura de paz de seus membros.

Para que o trabalho dessas redes alcance melhores resultados, algumas recomendações são relacionadas com base nas fragilidades identificadas no trabalho. É preciso elaborar mecanismos que facilitem o fluxo de comunicação entre os profissionais e entre os diferen-

tes setores que as compõem. Melhorar a fluidez das informações pode permitir a todos os elementos acompanharem as ações adotadas e seus resultados. Portanto, é preciso ampliar o investimento financeiro e a elaboração de mecanismos de avaliação e acompanhamento das redes de proteção contra a violência.

Outro aspecto que pode ser repensado é a melhor delimitação de papéis dos diferentes atores da rede, avançando nas relações de autonomia e poder no ambiente de trabalho e também na formação dos profissionais para essa atuação – com o objetivo de construir habilidades para o trabalho articulado e a elaboração de projetos de intervenção que atendam às necessidades das famílias que vivenciam esse fenômeno.

Referências

1. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.
2. Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça RCV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10 (1): 143-149.
3. Capra F. As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável. Cipola MB, tradutor. São Paulo: Cultrix; 2005.
4. Capra F. A teia da vida: uma nova compreensão científica dos seres vivos. Eichenberg, NR, tradutor. São Paulo: Cultrix; 2006.
5. Gomes, NP, Diniz NMF, Filho CC da S, Santos JNB. Enfrentamento da violência doméstica contra a

- mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(1):14-7.
6. Gomes R, Minayo MCS, Assis SG, Njaine K, Schenker M. Êxitos e limites na prevenção da violência: estudo de caso de nove experiências brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 1(Sup): 1291-1302.
 7. Hechler AD. Tecendo redes de proteção para crianças e adolescentes: caminhos e descaminhos na construção da condição de sujeitos de direitos [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.
 8. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2002.
 9. Lima MADS, Ruckert TR, Santos JLG, Colomé ICS, Acosta AM. Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30 (4): 625-32.
 10. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJE de S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(2): 481-491.
 11. Njaine K, Assis SG, Gomes R, Minayo, MCS. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na internet]. 2007 [acesso em 20 jan 2013]; 11(supl):1313-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500020&lng=en&nrm=iso
 12. Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. Gestão de Redes en la OPAS/OMS Brasil: conceptos, prácticas y lecciones aprendidas [monografia na internet]. Brasília, DF; 2008 [acesso em 04 dez 2012]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_18.pdf
 13. Roque EMST, Ferriani MGC, Silva, MAI. A Violência intrafamiliar e a justiça. *Rev Latino-am Enfermagem* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 20 jan 2013]; 16 (5): 1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial/Ing_pt/pid_0104-1169/nrm_iso#sthash.AzafqU2R.dpuf
 14. Vendruscolo TS, Ferriani MGC, Silva MAI. Public care policies for child and adolescent victims of domestic violence. *Rev Latino-am Enfermagem* [periódico na internet]. 2007 [acesso em 05 fev 2013];15(n. esp.):812-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1692007000700016&script=sci_arttext
 15. Waiselsz JJ. Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil.. Rio de Janeiro:FLACSO do Brasil; 2012.

Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Mistreatment reports against children and adolescents under the lens of Family Health Strategy professionals

Aline de Souza Pereira ^I, Monich Wlândia Teixeira Dias ^{II}, Geisy Lanne Muniz Luna ^{III}, Deborah Pedrosa Moreira ^{IV}, Livia de Andrade Marques ^V, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira ^{VI}

Resumo

O objetivo deste trabalho foi compreender a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Trata-se de estudo qualitativo realizado com seis profissionais da Equipe Básica de Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional II, em outubro e novembro de 2012, no município de Fortaleza, Ceará. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, individual, e os dados foram organizados conforme a análise de conteúdo de Bardin. Todos os preceitos éticos e legais foram respeitados. Os resultados apontaram medo dos profissionais em notificar casos de maus-tratos em crianças e adolescentes; a importância da ficha de notificação para os profissionais e possíveis entraves apresentados pelos profissionais para a notificação, como dificuldade para o preenchimento. Conclui-se que os participantes reconhecem o papel da ficha, porém o enfrentamento desse problema está relacionado diretamente a sua prática. Portanto, espera-se que esses profissionais da saúde rompam o silêncio no que se refere à complexidade da notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por meio de uma conscientização de seu papel em relação a essa problemática.

Palavras-chave: Maus-tratos Infantis, Notificação, Saúde da Família, Criança, Adolescente

Abstract

The objective of this research was to comprehend the perception of Family Health Strategy professionals (ESF) about the mistreatment reports against children and adolescents. This qualitative work was developed with six professionals of Family Health Basic Team from Secretaria Executiva Regional II, between October and November 2012 in Fortaleza city, Ceará, Brazil. The data were collected from individual semi-structured interviews. In addition, the data were organized according to Bardin's content analyses. All the ethic rights and laws were respected in this research. The results of this research showed fear in the professionals reporting mistreatment cases in children and adolescents, besides the importance of the reporting form for those professionals and possible difficulties found by them, such as filling the reporting form. Concluding, the participants understand the form role, however facing such problem is directly related to its praxis. Therefore, it is hoped that health professionals broke the silence referred to the complexity of reporting mistreatment against children and adolescents throughout consciousness of their role before this issue.

Keywords: Children Mistreatment, Reporting, Family Health, Child, Adolescent

^I Aline de Souza Pereira (szp.aline@gmail.com) é mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), doutoranda em Saúde Coletiva (Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará-UECE/Universidade Federal do Ceará-UFC/Unifor) e professora de graduação em Enfermagem da Faculdades Nordeste (FANOR).

^{II} Monich Wlândia Teixeira Dias (monich05@hotmail.com) é graduada em Enfermagem pela Faculdades Nordeste (FANOR).

^{III} Geisy Lanne Muniz Luna (geisylanne@hotmail.com) é mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), professora e coordenadora do curso de Enfermagem (UNIFOR Unifor).

^{IV} Deborah Pedrosa Moreira (deborahpm@gmail.com) é mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), doutoranda em Saúde

Coletiva (Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará-UECE/Universidade Federal do Ceará-UFC/Unifor); bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap).

^V Livia de Andrade Marques (livia_andrade@edu.unifor.br) é graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), pós-graduanda do curso de especialização em Saúde Coletiva (Unifor).

^{VI} Luiza Jane Eyre de Souza Vieira (janeeyre@unifor.br) é doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), e professora do mestrado e do doutorado em Saúde Coletiva (Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará-UECE/UFC/Unifor).



Introdução

Atualmente é evidenciado que, no mundo, crianças e adolescentes de alguma forma durante sua vida já sofreram algum tipo de violência, constituindo-se um problema que preocupa diversos setores na sociedade. No âmbito do setor saúde, a violência acarreta fortes impactos pelas sérias consequências à integridade física, emocional e social das populações, sendo considerada como um grave problema de saúde pública^{12,15}.

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef)⁹, é definido como violência contra crianças e adolescentes qualquer tipo de agressão física, psicológica, negligência, discriminação ou maus-tratos, desde violência no próprio lar, como restrições físicas ou abusos sexuais, castigos corporais e humilhantes, brutalidades cometidas pelas forças de ordem como abusos e negligências nas instituições – que podem ser sofridos também no ambiente escolar –, até lutas de gangues nas ruas onde as crianças brincam ou no ambiente onde estejam expostas ao trabalho – do infanticídio aos chamados crimes de honra.

De acordo com o mapa da violência contra crianças e adolescentes (2012), dentre as taxas de homicídios em 99 países, o Brasil aparece em 4ª posição com taxas crescentes, com 8.132 – de 11,9, em 2000, para 8.686, taxa de 13,8 assassinatos para

cada 100 mil crianças e adolescentes do país, em 2010. Esses índices elevados mostram que foram vítimas 176.044 crianças e adolescentes nos trinta anos entre 1981 e 2010²².

O foco de investigação sobre a violência contra esse grupo societário no Brasil está inserido nas políticas públicas, mais fortemente, a partir da década de 90, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que em seu artigo 5º, logo em suas disposições preliminares, afirma: “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”. Em seu artigo¹³, afirma que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da localidade de moradia da vítima⁷.

Acompanhando a eclosão da violência no território nacional e reconhecendo que esse fenômeno deve mover ações efetivas para enfrentá-la, a Secretaria de Vigilância à Saúde (Ministério da Saúde), em janeiro de 2011, lança a portaria n. 104, que define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional, estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde, incluindo a vio-

lência doméstica, sexual e/ou outras violências, como o 45º evento de notificação compulsória¹⁴.

Pode-se perceber um grande avanço em legislações pertinentes à infância e à adolescência. Nesse contexto, é fundamental que os profissionais da área da saúde estejam capacitados para o enfrentamento desse fenômeno que, cada vez mais, aparece nas unidades de saúde, desde a atenção básica até os serviços de emergência¹³. Entretanto, considerando o fato de a atenção primária ser a porta de entrada para o sistema de saúde, é de grande relevância ressaltar que os profissionais desse âmbito têm a grande responsabilidade de identificar, diagnosticar, notificar e encaminhar os casos de maus-tratos. Tal ato é defendido pela comunidade científica como a oportunidade de transformar o contexto atual da saúde da criança e do adolescente na atenção primária. A não identificação desses casos impede que o encaminhamento do caso e a devida resolução sejam realizados¹.

Apesar de a notificação de suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes ser legalmente obrigatória, estima-se que de dez a vinte casos deixam de ser registrados para cada notificação realizada¹⁸. Toda essa complexidade que permeia o âmbito da violência subsidia reflexões e inquietações acerca do processo de notificação de maus-tratos por profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, bem como as dificuldades para adotarem a notificação como uma prática diária nos serviços de atenção básica em suas percepções sobre o tema, visto que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida como prática social que se reflete nos determinantes do processo saúde-doença, compreendendo-se saúde como qualidade de vida¹¹.

Entende-se, no entanto, que os documentos oficiais que estão postos à sociedade, sem uma ampla discussão e mobilização dos protagonistas, não irão minorar a casuística que se amplia na atualidade. Os profissionais de saúde movem-se no sentido de efetivar essas leis, portarias, decretos, mas deparam-se muitas vezes com a falta de insumos e estratégias, seja pela fragilidade do conhecimento, seja pela gestão incipiente nessa esfera de combate e enfrentamento de violências. Estudos têm detectado lacunas, e a literatura^{11,21} evidencia essa compreensão.

A notificação é um instrumento eficaz para prevenção e enfrentamento da violência infanto-juvenil. Mas, para isso, deve-se conhecer as barreiras, eliminando as resistências às políticas e ações já implantadas, a fim de se desenvolver uma atuação profissional com

excelência contribuindo para o enfrentamento dos maus-tratos e beneficiando essa população específica em atendimento¹³. Diante dessa situação, este estudo busca compreender a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família com relação à notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

Metodologia

O estudo caracteriza-se como descritivo, de natureza qualitativa, com o desígnio de compreender a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza (CE), em um Centro de Saúde da Família localizado na Secretaria Executiva Regional (SER) II, com cobertura de 15.571 habitantes¹⁹.

Os sujeitos da pesquisa foram definidos pela saturação teórico-empírica, e participaram do estudo profissionais médicos (um), enfermeiros (três) e dentistas (dois) da Equipe Básica de Saúde da Família (EBSF). A identificação de cada um deles se deu por nomenclatura de pedras preciosas.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro e novembro de 2012, por meio de uma entrevista semiestruturada, gravada, realizada de forma individual, em que se abordaram questões referentes a dificuldades encontradas pelos profissionais na notificação de maus-tratos, destacando-se o conhecimento da ficha de notificação.

Os dados foram complementados com anotações realizadas em um diário de campo pelos pesquisadores durante a entrevista e organizados conforme análise de conteúdo de Bardin⁵.

A presente pesquisa obedeceu à resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza por meio do parecer n. 07-087. Este estudo é uma extensão da pesquisa realizada por Luna em Fortaleza (Ceará) no ano de 2007.

Resultados e discussão

Caracterizando os profissionais, prevaleceram os profissionais de enfermagem (três), tinham especialização (quatro), sexo feminino (quatro), a idade maior entre eles era de 61 anos e a menor de 29 anos, estado civil casado (quatro), maior renda familiar de R\$ 20.000 e menor de R\$ 4.000, realizaram curso de notificação (três), não realizaram (três), realizaram alguma notificação (um), não realizaram (cinco).

O fato de a maioria dos profissionais ser mulher está diretamente ligado ao maior número de enfermeiros participantes do estudo, uma vez que a enfermagem é uma profissão em que o sexo feminino predomina. De acordo com estudo de Luna, Ferreira e Vieira¹¹, em estudos semelhantes realizados em Fortaleza foi possível observar o perfil sociodemográfico de médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia Saúde da Família, em que comprovaram-se a predominância do sexo feminino e o estado civil casado.

Importância da ficha de notificação para os profissionais da Estratégia Saúde da Família

Todos os participantes da pesquisa consideraram importante e essencial a realização da notificação, sendo adotada como um documento de grande responsabilidade, uma forma de ruptura e de visualização do problema, já que nela constam dados importantes e significativos para investimentos na área da violência.

Porque a partir do momento que eu notifico eu sei que tá acontecendo alguma coisa, que eu vou ter que intervir de alguma maneira, e com essa notificação eu estou gerando e repassando uma informação de que algo está acontecendo, então se eu registrar, se eu notificar a partir daquilo eu vou ter que tomar alguma medida, tá registrado, então eu tenho que fazer alguma coisa [...] então a ficha de notificação é importantíssima (Rubi).
[...] então essa ficha é um documento de fundamental importância e de responsabilidade sua (Jade).
[...] então a ficha é importante, é uma maneira de você identificar uns casos e denunciar. Nós profissionais é que temos que ficar atentos a isso porque eles vêm só para uma consulta, então nós temos que estar sempre atentos e fazer nosso papel, né? Então a notificação é muito importante (Opala).

A notificação compulsória de violência contra crianças e adolescentes é algo necessário na tentativa de romper e abolir a violência, além de ser uma forma de ajuda para esses jovens, bem como suas famílias². É um poderoso instrumento que deve ser usado por todos os profissionais de saúde, uma vez que ajuda a dimensionar a violência intrafamiliar e visualizar a necessidade de mais investimentos em núcleos de vigilância e assistência. Ainda permite o conhecimento da dinâmica da violência intrafamiliar²⁰.

No mesmo momento em que todos os profissionais mencionam que a notificação é de muita importância, revelam que existem muitas subnotificações.

[...] eu acho muito importante e acho também que há muita subnotificação e não são poucas, são muitas (Diamante).

[...] é um documento de fundamental importância [...] mas ao mesmo tempo a subnotificação é algo presente, muitos profissionais veem, mas não notificam (Jade).

Apesar do reconhecimento da relevância da ficha de notificação como ferramenta de sucesso do enfrentamento da violência, ainda assim existe a subnotificação que, dentre outros motivos, está relacionada à dificuldade para identificação dos casos, por falta de informações básicas que permitam o diagnóstico, sendo este um dos principais responsáveis pela subnotificação da violência ou maus-tratos contra crianças e adolescentes. Portanto, todos os profissionais que lidam com crianças e adolescentes precisam estar aptos para identificar sinais de alerta que venham a ser informados pela vítima, sejam eles verbais ou não. Pois a identificação é considerada fundamental para o ato de notificar, tornando-se imprescindível que os profissionais saibam identificar os indícios que possam sugerir a ocorrência de maus-tratos¹⁸.

Medo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e das famílias de notificar e denunciar casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes

Partindo do ponto de vista legal, os profissionais não só da ESF, mas todos os profissionais de saúde, segundo o artigo 245 do ECA, de 1990, têm por obrigação denunciar casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes¹.

O medo e a insegurança dos profissionais contribuem para a não notificação devido ao fato de possíveis consequências para o denunciante, tanto pelas implicações legais associadas quanto pelas manifestações dos agressores²⁰.

Estudos^{3,10,11} realizados com profissionais de saúde apontam que a não notificação na maioria dos casos se dá em razão do medo de realizar o diagnóstico errado, de muitas dúvidas principalmente quando os profissionais lidam com situações que desconhecem ou situações sobre as quais têm pouco domínio. Eles destacam

ainda que se sentem insuficientemente amparados para o enfrentamento desse tipo de violência.

[...] nós temos medo de represálias, é tanto que quando nós ficamos sabendo de algum caso, a gente sempre tenta chamar alguém de fora, por medo de algum de nós sofrer algum tipo de represália (Diamante).

Além do medo, existe a insegurança na identificação dos casos, o medo do envolvimento legal¹⁰ e não punição do agressor.

[...] às vezes você notifica um caso e fica por isso mesmo, então eu acho que muitas vezes é isso, você até vê algo suspeito de ter sido um mau-trato, mas a impunidade é tão grande que você tem medo de que não aconteça nada com esses agressores, e no final sobra pra você (Jade).

Não só os profissionais de saúde têm medo de notificar os agressores da comunidade e se envolver com eles⁶, mas também os próprios conhecidos e familiares preferem não fazer parte desse problema, não comunicando e abafando os casos^{1,10}.

[...] um dos principais fatores que eu acho é o medo que as famílias têm, né? De fazer a denúncia, de mostrar que existe o problema, tanto a criança, o adolescente, como a mãe deles têm esse medo, né? (Ametista).

Muitas vezes, a falta de conhecimento do ato de notificar, por parte dos profissionais da área da saúde, resulta na confusão entre os termos “notificar” e “denunciar”, sendo que a notificação garante o apoio de órgãos, instituições e profissionais competentes à criança, ao adolescente e sua família afetada. Já a denúncia se dá pelo registro da ocorrência na delegacia³.

Foi possível constatar nas falas dos profissionais que, quando o agressor faz parte da família, como pai, padrasto, tio ou a própria mãe, dificulta-se ainda mais a denúncia ou qualquer tipo de violência que se venha a sofrer^{1,10}, fazendo assim com que familiares e vítimas fiquem à mercê da violência, enquanto agressores, que são os provedores desse lar, ficam impunes.

[...] e o que eu vejo também que acontece é que quando é o padrasto que bate a mãe também não ajuda, não coopera, não fala, não vem, não mos-

tra, a criança fica com medo também do agressor se voltar contra a própria mãe (Diamante).

Pai e mãe escondendo, certo? Inibindo a criança, como: você não pode falar, se você falar que eu fiz isso você vai apanhar de novo [...] inibindo a criança de se expressar (Rubi).

Possíveis entraves que os profissionais da Estratégia Saúde da Família apresentam para a realização da notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes

A maioria dos profissionais entrevistados (cinco) ressaltaram que “nunca” realizaram qualquer tipo de notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Essas não notificações são expostas no discurso dos profissionais de saúde quando relatam o desejo de esperar até ter uma evidência mais indiscutível dos maus-tratos, confiança na dinâmica familiar, dificuldade de identificar abusos, maus-tratos ou negligências e percepção de desvantagens na notificação, como a não tomada de medidas relacionadas aos agressores.

Nunca realizei notificação de violência contra criança e nem contra adolescente (Safira).

Nunca realizei nenhuma notificação, temos a ficha aqui na unidade de saúde, mas nunca notifiquei (Diamante).

Outro fator discutido é a ausência de registros em alguns campos da ficha, o que corrobora estudo² que discorre sobre a qualidade da informação das notificações, o qual assinala que as falhas podem prejudicar o conhecimento mais detalhado do fenômeno, interferindo nas ações de planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde no país.

[...] olha, a ficha é bastante extensa, ela tem perguntas que às vezes não tem como saber no momento. Era interessante que ela fosse preenchida por vários profissionais, interdisciplinarmente, não só pelo enfermeiro, mas pelo psicólogo, médico, porque assim ela ficaria mais completa, porque só o enfermeiro às vezes não consegue preencher ela sozinha (Rubi).

Eu acho importante, acho meio complexa, né? Um dos problemas também que tem é que o profissional se sente meio inseguro de preencher, teria de haver mais treinamento, mais capacitação, porque não é uma ficha fácil de ser preenchida (Ametista).

A capacitação dos profissionais de saúde é extremamente importante para a qualidade das informações contidas no instrumento de notificação de maus-tratos, além de ser uma ferramenta crucial para o trabalho no contexto da atenção básica de saúde junto com a comunidade e diante de problemas tão presentes quanto a violência³.

Desse modo, foi possível observar que a realidade de notificação de maus-tratos ainda é um tema pouco discutido nas unidades de saúde. Isso nos leva a questionar o papel dos profissionais de saúde no que diz respeito os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Saúde da Família, que destacam a promoção da saúde como umas das diretrizes fundamentais do processo de trabalho⁶. Hoje, no Brasil, há uma deficiência de regulamentos que venham a firmar os procedimentos técnicos, ausência de mecanismos legais de amparo aos profissionais que são encarregados de notificar os maus-tratos. Essa falha na identificação da violência nos serviços de saúde e a quebra do sigilo profissional são os principais pontos considerados como entraves para a notificação². Destaca-se então a importância do desenvolvimento do trabalho intersetorial de combate à violência, como é proposta pela linha de cuidados para atenção integral à saúde da criança, do adolescente e da família em situação de violência^{15,10,6}.

Considerações finais

Este estudo mostrou que os profissionais, devido à falta de conhecimento e à insegurança, deixam de agir na presença de algum caso suspeito ou confirmado de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

A falta de confiança e o medo, associados à falta da falta de capacitação para acompanhamento e compreensão do desenvolvimento da violência, também são pontos de dificuldade desses profissionais.

Conclui-se que os participantes reconhecem o papel da ficha, porém o enfrentamento desse problema está relacionado diretamente a sua práxis. Sabe-se que a educação permanente também tem sua atuação nessa questão, mas uma ação isolada não consegue transformar essa realidade; precisa-se de ações conjuntas e intersetoriais.

Assim, espera-se que os profissionais da saúde rompam o silêncio no que se refere à complexidade da notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por meio de uma conscientização de seu papel diante dessa problemática.

Referências

1. Andrade EM, Nakamura E, Pula CS, Nascimento R, Bordin IA, Martins DA. Visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Rev Saúde Soc.* 2011; 20(1): 147-155.
2. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(9): 2305-2317.
3. Bannwart TH, Brino RF. Dificuldades enfrentadas para identificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. *Rev Paul Pediatr.* 2011; 29(2):138-45.
4. Barbosa IL, Pereira AS, Moreira DP, Luna GLM, Oliveira AKA, Ferreira RC, Pordeus AMJ, Vieira LJS. Conhecimento da equipe básica de Saúde da Família sobre notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes no município de Pacajus-CE. *Cad Escol Saúde Pública, Ceará.* 2009; 3(1):24-32.
5. Bardin L. Análise de conteúdo, Reto LA, Pinheiro A, tradutores. 5.ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
6. Bezerra KP, Monteiro AI. Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene.* 2012; 13(2):354-64.
7. Brasil. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF; 1990.
8. Deslandes S, Mendes CHE, Lima JS, Campos DS. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(8):1633-45.
9. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Violência contra crianças [monografia na internet], 2006 [acesso em 20 fev 2012]. Disponível em: <http://www.unicef.pt/index.php>.
10. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(9):1749-1758.
11. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJS. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciência Saúde Coletiva.* 2010;15(2):481-491.
12. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise diagnóstica



- da Política Nacional de Saúde para redução de acidentes e violência. *Cad Saúde Pública*.2008; 24(7):1717-1718.
13. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde [monografia na internet]. Brasília, DF;2002 [acesso em 7 jun 2013]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maus-tratos_crianças_adolescentes.pdf
 14. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional e estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais de saúde. Brasília, DF; 2011.
 15. Ministério da Saúde. Portaria n.º 737/GM 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, DF; 2001.
 16. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília, DF: 2004.
 17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. Brasília, DF; 2010.
 18. Pascolat G. Violência no lar contra a criança. Educar em Revista [periódico na internet]. 1999 [acesso em 7 jun 2013];2, Disponível em: http://www.educare-mrevista.ufpr.br/arquivos_15/pascolat.pdf.
 19. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Regional II [homepage na internet]. Fortaleza: 2012. acesso em 10 maio 2012]. Disponível em: http://www.fortaleza.ce.gov.br/index.php?Itemid=50&id=34&option=com_content&task=view.
 20. Silva PA, Lunarde VL, Silva MRS, Filho WDL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. *Rev Ciênc Cuid. Saúde*. 2009; 8(1): 56-62.
 21. Thomazine AM, Oliveira BRG, Vieira CS. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiro em serviços de pronto-atendimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [periódico na internet]. 2009[acesso em 7 maio 2013];11(4):830-40. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a08.pdf>
 22. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012::crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO; 2012.

O perfil epidemiológico dos casos notificados por violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais em Chapadão do Sul (MS)

The epidemiological profile of cases reported by domestic violence, sexual and/or other interpersonal violence in Chapadão do Sul (MS, Brazil)

Seloi da Rosa Weber Galindo¹, Marta Rovey de Souza^{II}

Resumo

A violência é um fenômeno que, além da inquietude social, vem apresentando todos os anos um crescimento no contingente de suas vítimas. Este estudo de caráter descritivo e exploratório utilizou as informações contidas no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) no período compreendido entre os anos de 2009 e 2011. Os dados revelaram no período analisado um total de 65 notificações de violência. Dentre essas, em 70% a vítima era do sexo feminino, com a faixa etária de 20-29 anos apresentando os maiores números; o local de ocorrência foi majoritariamente a própria residência; a força corporal/espancamento foi o meio de agressão mais notificado. Em 40% dos casos, foi o próprio cônjuge o praticante da agressão; 38 casos tiveram encaminhamento ambulatorial, 17 encaminhamento hospitalar, todos obtiveram alta e não houve óbito por violência. Uma informação importante quando se pensa em estratégias de enfrentamento da violência foi verificar que em 43% dos casos analisados a vítima já havia sido agredida anteriormente. Outro resultado relevante foi detectar a importância do Sinan na visibilização dessa temática em nosso país e a importância da formação e sensibilização dos profissionais da saúde no preenchimento desse sistema de informação.

Palavras-chave: Violência Doméstica, Violência Sexual, Epidemiologia

Abstract

Violence is a phenomenon which, in addition to social unrest, is presenting each year an increase in the number of its victims. This study employed a descriptive and exploratory information in the Database Information System for Notifiable Diseases (Sinan) in the period between the years 2009 to 2011. The data revealed in the analyzed period a total of 65 reports of violence. Among these, 70% the victim was female, age range 20-29 years had the highest numbers, the place of occurrence was mostly in their own homes; body strength/beatings was the most commonly reported means of aggression. In 40% of cases the spouse was the attacker, 38 cases had routing outpatient, 17 routing hospital, all were discharged and there were no deaths due to violence. Thinking about strategies to deal with violence it turns out that in 43% of cases, the victim was assaulted earlier. Another important result was to detect the importance of visualization in Sinan this issue in our country and in this regard the importance of training and education of health professionals in filling this information system.

Keywords: Domestic Violence, Sexual Violence, Epidemiology

¹Seloi da Rosa Weber Galindo (seloiweber@hotmail.com) é graduada em Enfermagem, especialista em Epidemiologia, Saúde Pública e Enfermagem do Trabalho, enfermeira da rede de Atenção Básica do município de Chapadão do Sul (MS).

^{II} Marta Rovey de Souza (martary@gmail.com) é doutora em Ciências Sociais

(Universidade Estadual de Campinas/Unicamp), professora-associada do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás.

Introdução

A violência é um fenômeno que, além da inquietude social, causa um contingente de vítimas todos os anos. Em razão disso, medidas de prevenção da violência e de promoção de uma cultura da paz têm sido propostas pelos órgãos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). Nesse sentido, o Brasil vem investindo esforços em uma série de legislações e normativas na área da saúde, direcionadas para a prevenção da violência e promoção da saúde, que atendam às recomendações internacionais e avancem de forma mais substancial ao que já vinha sendo proposto até então pelo setor saúde⁵.

O serviço de saúde sempre se preocupou mais em atender as vítimas da violência do que estudar mais a fundo as causas e o planejamento de estratégias para sua prevenção⁷. Dessa forma, a mudança de enfoque, passando do plano curativo para o preventivo, é, portanto, recente e está norteadada pelas ideias de proteção e promoção da saúde, vistas em sua significação mais ampliada de bem-estar individual e coletivo.

A violência sempre fez parte da experiência humana, e seu impacto pode ser verificado de várias formas. A cada ano, mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem ferimentos não fatais resultantes de autoagressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva. Em geral, estima-se que a violência seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos em todo o mundo².

No caso do combate à violência, a notificação é um instrumento duplamente importante, pois ela produz benefícios para os casos singulares, além de se constituir instrumento de controle epidemiológico da violência – sendo que o profissional de saúde é legalmente obrigado a notificar casos confirmados ou apenas suspeitos de violência e desempenha papel vital nessa área⁶.

A notificação compulsória é considerada um eixo muito importante para a vigilância em saúde, pois funciona como um mecanismo de alerta sobre a incidência de determinados agravos e tem como propósito tomar medidas para melhorar a saúde pública. Nesse caso, a notificação obrigatória dos casos de violência ajuda a possibilitar o acesso das autoridades responsáveis a números mais realistas do problema, possibilitando assim ações específicas no combate à violência.

Existem várias significações para o termo violência, mas de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), ela pode ser definida como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação⁸.

Segundo a OMS, essa definição cobre várias consequências, tais como dano psicológico, privação e deficiência de desenvolvimento.

Muitas formas de violência, seja contra mulheres, seja contra crianças ou idosos, podem resultar em problemas físicos, psicológicos e sociais que não necessariamente levam a lesões, invalidez ou morte. Essas consequências podem ser imediatas, bem como latentes, podendo ainda perdurar por anos após o abuso inicial. Portanto, definir os resultados somente em termos de lesões ou mortes limita a compreensão da totalidade do impacto da violência sobre as pessoas, as comunidades e a sociedade como um todo⁸.

Logo, a violência não é objeto restrito e específico da área da saúde, mas está intrinsecamente ligada a ela, na medida em que este setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade. Sua função tradicional tem sido cuidar dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos sociais e hoje busca ultrapassar seu papel apenas curativo, definindo medidas preventivas desses agravos e de promoção à saúde, em seu conceito ampliado de bem-estar individual e coletivo⁹.

Reconhecendo-se que as violências e os acidentes exercem grande peso social e econômico, e que somente intervenções pautadas na vigilância, prevenção e promoção da saúde são fundamentais para o enfrentamento desse problema, o Ministério da Saúde implantou, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Em 2006, as ações de prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde e cultura de paz foram priorizadas na Política Nacional de Promoção da Saúde¹⁰.

No entanto, vale destacar que os casos de violência praticada contra a mulher atendida em serviços de saúde pública e privada já haviam sido considerados como objeto de notificação compulsória desde 2003, pela lei 10.778¹.

Assim, este estudo teve como objetivo conhecer e analisar o perfil epidemiológico dos casos notificados

por violência doméstica, sexual ou outras violências interpessoais no município de Chapadão do Sul (MS).

Metodologia

O estudo teve abordagem quantitativa, descritiva e exploratória. Investigou-se o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), alimentado por um roteiro, a Ficha Individual de Investigação.

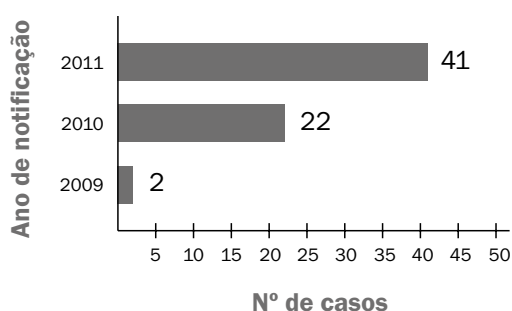
Para produzir os dados necessários à realização deste estudo, foram analisados os casos notificados de violência doméstica, sexual ou outras violências interpessoais, por município de ocorrência, residência e notificação (Chapadão do Sul/MS), no período compreendido entre 2009 e 2011.

Análise e discussão dos resultados

Observando-se o Gráfico 1, pode-se perceber uma elevação expressiva no número de casos notificados por violência doméstica, sexual ou outras violências interpessoais em Chapadão do Sul (MS). Em 2009, foram dois casos notificados; em 2010, 22 casos; já em 2011 subiu para 41 o número de notificações realizadas no município, totalizando 65 casos notificados no período estudado. Concorda-se, desta forma, com Gonçalves e Ferreira⁹, quando eles se referem à importância do ato de notificar, tratando-o como elemento crucial na ação pontual contra a violência, na ação política global e no entendimento desse fenômeno, pois se os casos não forem notificados, não se pode ter conhecimento da real magnitude do problema.

O crescente aumento dos casos notificados em relação a 2009 para os anos subsequentes, 2010 e 2011,

Gráfico 1. Número de casos notificados por violência doméstica, sexual ou outras violências interpessoais em Chapadão do Sul (MS), no período de 2009 a 2011



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2012.

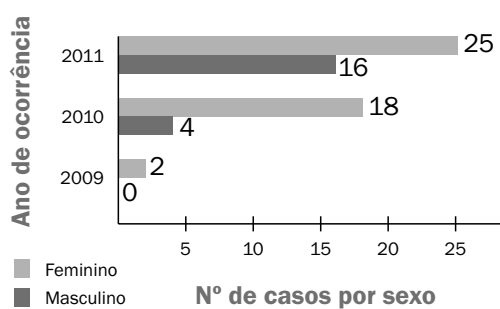
justifica-se pelo fato de os dados estarem disponíveis no Sinan somente a partir de 2009, ano em que começou a ser implantada a notificação desse agravo no município – período em que muitos profissionais não se encontravam preparados para a identificação da violência, suscitando dessa forma a subnotificação.

Posteriormente, com as qualificações recebidas pelos profissionais, houve melhora não somente no que concerne ao entendimento da ficha de notificação, mas também na visibilidade do evento, gerando assim o aumento no número de casos – contando conjuntamente com o apoio da portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011, por meio da qual foi estabelecido que os casos de violência doméstica, sexual ou outras violências devem ser obrigatoriamente notificados. Foi um momento em que ocorreu também a última atualização da Lista de Doenças de Notificação Compulsória.

Ao analisar o número de violências notificadas no Sinan, de acordo com o Gráfico 2, percebe-se a gritante diferença em relação ao sexo das vítimas, afirmando-se que as mulheres ainda são as que mais sofrem em decorrência da violência. De acordo com Krug *et al.*⁸, assim como muitos outros problemas de saúde, a violência não está distribuída igualmente entre o sexo das vítimas. Isso se comprova neste estudo também: a violência contra mulheres apresenta grande incidência, não levando em consideração a subnotificação existente, pois em muitos casos o registro acaba nem acontecendo.

Essa desigualdade existente tem como uma de suas extremas formas de manifestação a violência contra as mulheres, resultado de uma diferença de poder que se traduz em relações de dominação e força. Dessa maneira,

Gráfico 2. Número de casos notificados por violência doméstica, sexual ou outras violências interpessoais em Chapadão do Sul (MS), no período de 2009 a 2011, por sexo da vítima



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2012.

a violência baseada no gênero tem se constituído em um fenômeno social que influencia sobremaneira o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres⁷.

Evidenciou-se que, do total das notificações, trinta casos são da cor branca, trinta da cor parda, quatro da cor preta e um da cor amarela. Segundo o Ministério da Saúde¹¹, a etnia, em si, não é um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo racial-étnico pode significar condição determinante de vulnerabilidade¹¹. Embora um grupo social não se defina por relações de raça ou cor, diferenças étnicas associam-se a desigualdades sociais e condicionam a forma de viver e de morrer de grupos de pessoas.

No Gráfico 3, pode-se observar que as pessoas que mais sofrem do agravo de notificação estudado são as que possuem entre 20 e 29 anos, totalizando 19 casos,

Gráfico 3. Número de casos notificados por violência doméstica, sexual ou outras violências interpessoais em Chapadão do Sul (MS), no período de 2009 a 2011, por faixa etária da vítima



Faixa etária

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2012.

segundo-se a faixa etária de 30 a 39 anos, com 16 casos notificados; depois ficam as pessoas inclusas na faixa etária dos 40 aos 49 anos, com 12 casos notificados.

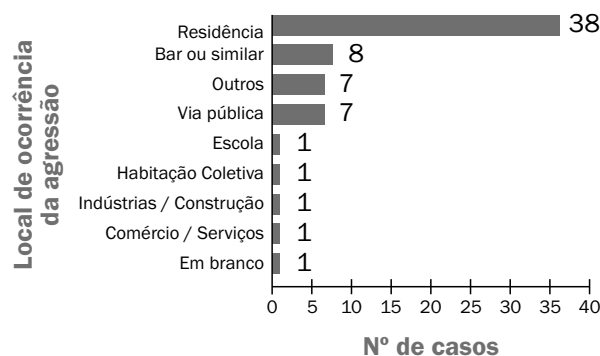
Isso comprova o que vemos em diversos estudos: a população jovem é a que mais padece esse tipo de violência. De acordo com Krug *et al.*⁸, a violência que envolve os jovens acarreta muitos custos aos serviços de saúde e bem-estar social, além de reduzir a produtividade, diminuir os valores de propriedade, desintegrar uma série de serviços essenciais. Em geral, abala o arcabouço da sociedade.

Ao se analisar o nível de escolaridade das vítimas, constatou-se que as pessoas de praticamente todos os níveis escolares sofreram violência no período estudado. No entanto, as que possuíam de 5ª a 8ª série incompleta, ou seja, vinte pessoas de um total de 65 casos notificados, foram as mais afetadas. O segundo maior

número neste quesito aparece como ignorado, ou seja, em 12 casos notificados esta informação foi ignorada, o que significa que a ficha de notificação não está sendo preenchida corretamente, pois assim como esse, outros campos importantes em relação ao caso também estão deixando de ser coletados, o que vem a prejudicar posteriormente o sistema de informação.

Analisando o Gráfico 4, em relação ao local de ocorrência da agressão, verifica-se que a residência, em sua absoluta maioria, com 38 casos, foi o local privilegiado para as ações violentas, seguido pelos locais públicos,

Gráfico 4. Número de casos notificados por violência doméstica, sexual ou outras violências interpessoais em Chapadão do Sul (MS), no período de 2009 a 2011, por local de ocorrência da agressão



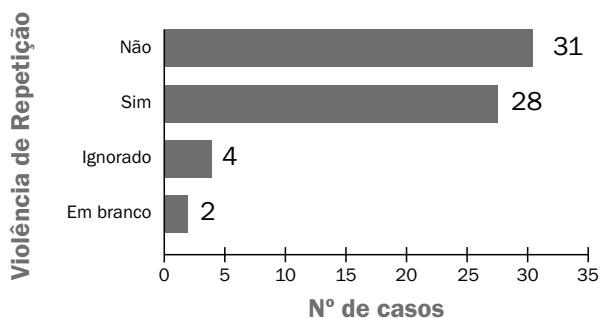
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2012.

pois oito casos aconteceram em bares ou similares, sete casos em via pública e, em seguida, outros lugares com menor frequência.

Dessa forma, concorda-se com Giffen (1994), Soares *et al.* (1996), *apud* Deslandes, Gomes e Silva⁴, quando dizem que esses casos ocorrem frequentemente na própria residência e muitas vezes como prática recorrente, pois é facilitada pelo fato de a agressão transcender sem que outras pessoas interrompam e sob a legitimidade da privacidade do lar. Segundo Day *et al.*³, a ideia do lar como local de proteção adquire, nessas situações, uma perspectiva ameaçadora e sombria, propiciando e facilitando a ocorrência de condutas violentas.

Ao se observar o Gráfico 5, nota-se que o número de casos em que a violência foi repetida é bastante alto. Das 65 notificações, em 28 casos a vítima já havia sido agredida outras vezes; em 31 casos, foi a primeira vez que aconteceu; em duas notificações, o campo está em branco, e em quatro notificações o campo foi ignorado. Esses dados também foram comprovados por outros au-

Gráfico 5. Número de casos notificados por violência doméstica, sexual ou outras violências interpessoais em Chapadão do Sul (MS), no período de 2009 a 2011, por repetição de ocorrência

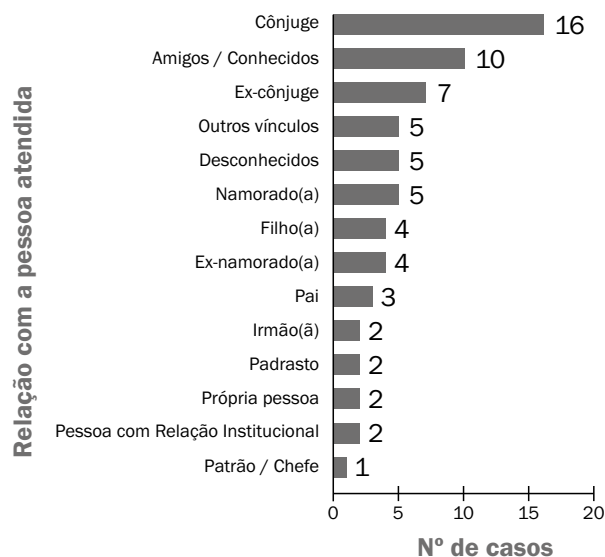


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2012.

tores – de acordo com o Ministério da Saúde¹¹, chama a atenção a parcela dos casos de violência de repetição, chegando a ser registrada em um terço dos episódios.

Em relação ao tipo de violência sofrida, pode-se perceber que houve notificação de violência física (62 casos), psicológica/moral (19 casos), sexual (três casos), tortura (dois casos) e outras violências (dois casos). Dessa forma, constatou-se que o tipo de agressão mais comum é a violência física, a qual, de acordo com Narvaz e Koller¹², ocorre quando uma pessoa está em posição de poder em relação à outra pessoa e causa ou

Gráfico 6. Número de casos notificados por violência doméstica, sexual ou outras violências interpessoais em Chapadão do Sul (MS), no período de 2009 a 2011, estabelecendo o tipo de relação com a vítima



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2012.

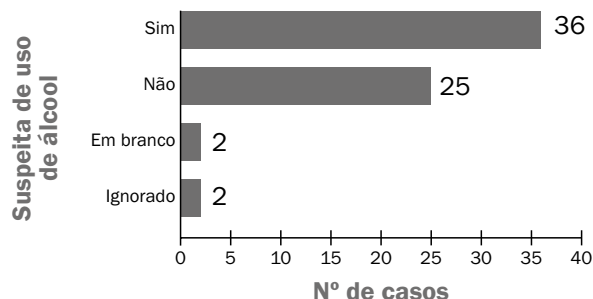
tenta causar dano não acidental, usando força física ou algum tipo de arma que possa provocar ou não lesões externas, internas ou ambas.

Detectou-se também que diversos foram os meios utilizados para a agressão, ficando evidente que a força corporal/ espancamento foi a maneira mais citada (51 casos), seguida pela ameaça (11 casos), objeto perfurocortante (nove casos) e outros tipos com menos frequência.

Observando-se o Gráfico 6, pode-se notar que o próprio cônjuge da vítima foi quem mais praticou a agressão (16 casos), seguido por amigos/conhecidos (dez casos) e ex-cônjuge (sete casos). Dessa maneira, ao se analisarem os dados coletados no que tange ao tipo de relacionamento que o agressor mantinha com a vítima, constatou-se que a grande maioria faz ou fez parte do seu cotidiano. De acordo com Krug *et al.*⁸, o fato de as vítimas em geral estarem emocionalmente envolvidas com quem as agride, e dependerem economicamente dessa(s) pessoa(s), tem grandes implicações tanto para a dinâmica do abuso quanto para as abordagens para se lidar com isso.

Ao se analisar o Gráfico 7, pode-se constatar que a maioria dos casos notificados teve suspeita do uso de bebida alcoólica (36 casos). Deste total, 25 casos não

Gráfico 7. Número de casos notificados por violência doméstica, sexual ou outras violências interpessoais em Chapadão do Sul (MS), no período de 2009 a 2011, por suspeita do uso de álcool



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2012.

tiveram suspeita do uso dessa substância, e houve também dois casos em que a informação foi ignorada e dois casos em que o campo foi deixado em branco.

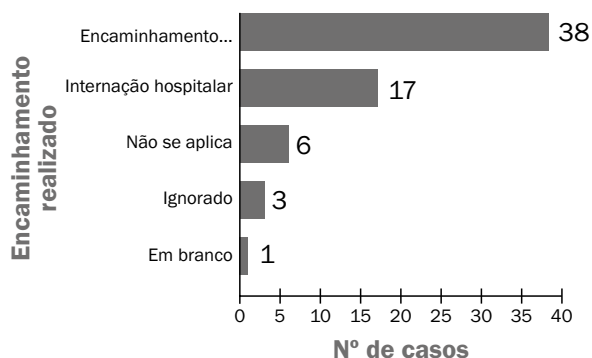
Fica evidente que o uso da bebida alcoólica causa graves problemas à população, concordando-se assim com Krug *et al.*⁸ quando dizem que o álcool é um importante fator situacional que pode precipitar a violência.

Pela análise dos dados do Gráfico 8, constata-se que

em 38 casos houve necessidade de encaminhamento ambulatorial; já em 17 casos, em razão da gravidade da agressão, foi necessário internação hospitalar.

Focando-se diretamente nos casos que necessitaram de atendimento médico, pode-se concordar com Deslandes, Gomes e Silva⁴, pois os reflexos desse problema são nitidamente percebidos no âmbito dos

Gráfico 8. Número de casos notificados por violência doméstica, sexual ou outras violências interpessoais em Chapadão do Sul (MS), no período de 2009 a 2011, por tipo de encaminhamento realizado



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2012.

serviços de saúde, tanto pelos custos que representam ao setor quanto pela complexidade do atendimento que demandam.

No que tange à evolução do caso, constatou-se que em 58 notificações o caso evoluiu para a alta, em cinco notificações o campo ficou em branco, em uma notificação ocorreu evasão/fuga e em outra o campo foi ignorado.

Conclusão

A violência é um fenômeno que faz parte de nosso cotidiano, necessitando encontrar outros espaços para discussão e não permanecer somente na esfera da Segurança Pública e Justiça. Vale destacar que os resultados aqui encontrados revelam uma realidade específica do município de Chapadão do Sul (MS) entre os anos de 2009 e 2011.

O crescente aumento da violência, fenômeno considerado endêmico em muitos países, é um grave problema de saúde pública, constituindo uma das grandes preocupações de todas as esferas relacionadas à ocorrência desses eventos, tendo em vista que contribui significativamente para a redução da qualidade de vida não somente das vítimas, que predominantemente são

jovens e do sexo feminino, mas também de todos os atores envolvidos. Destaca-se que o praticante da agressão, geralmente por espancamento, possui laços com a vítima, a qual, na grande maioria dos casos, sofreu agressões outras vezes, e o local de ocorrência foi majoritariamente a própria residência.

Levando-se em consideração essa questão, que afeta negativamente o cotidiano, é de vital importância a inclusão de instituições parceiras que se mobilizem em torno do reconhecimento das suas causas, assim como de suas soluções potenciais, pois melhores níveis de saúde não serão alcançados se as transformações não envolverem o setor saúde, juntamente a áreas igualmente comprometidas com as necessidades sociais e com os direitos de cidadania.

Por meio deste estudo, detectou-se ainda a importância do Sinan na visibilização desse agravo, evento de grande relevância para a saúde pública, assim como a importância da formação e sensibilização dos profissionais da saúde no preenchimento adequado do sistema de informação. É por conta do despreparo vivenciado por alguns profissionais de saúde na identificação da violência que ocorre a ausência da notificação, acarretando com isso a subestimação da morbidade por violência, pois muitos profissionais não dispõem de informações básicas que permitam diagnosticá-la a tempo.

Referências

1. Brasil. Lei 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados [lei na internet]. [acesso em 5 fev 2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm
2. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2 fev 2012];11(supl): 1163-1178, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso
3. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferente manifestações. Rev Psiquiatr RS [periódico na internet]. 2003 [acesso em 6 fev 2012];25(supl. 1): 9-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1.pdf>
4. Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública. 2000;16(1):129-37.
5. Galheigo S. Apontamentos para se pensar ações de prevenção à violência pelo Setor Saúde. Saúde Soc. 2008;17(3):181-89.
6. Gonçalves H, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cad Saúde Pública. 2002;18(1):315-319.
7. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. Esc. Anna Nery. 2009;13(3):625-631.
8. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
9. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. História, Ciências, Saúde, Manguinhos. 1998;4(3):513-31.
10. Ministério da Saúde. Portaria Nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde [portaria na internet]. [acesso em 4 fev 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_104_26_2011_dnc.pdf
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde. Brasília(DF); 2006.
12. Narvaz MG, Koller SH. Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas. Rev Psico. 2006;37(1):7-13.

A gestão da Vigilância de Violências e Acidentes e Promoção da Saúde no Paraná como uma resposta para o enfrentamento da violência doméstica e sexual

Management of Violence and Accidents Surveillance and Health Promotion in Paraná as a response to fighting domestic and sexual violence

Terezinha Maria Mafioletti ¹, Emerson Luiz Peres ^{II}, Alice Eugênia Tisserant ^{III}

Resumo

A violência é um fenômeno sócio-histórico, provoca forte impacto na morbimortalidade, caracterizando-se como a terceira causa de morte (violências e acidentes), e vem se tornando um dos principais problemas de saúde pública; seu enfrentamento exige ações intra e intersectoriais. Ocorre em cada região e município de forma específica, sem que muitas vezes tenhamos a real dimensão do problema.

A vigilância epidemiológica se constitui em estratégia imprescindível para políticas de controle dessa verdadeira epidemia, ainda oculta em nossa sociedade. A notificação da violência doméstica e sexual nos serviços de saúde torna-se um passo essencial para o seu enfrentamento, assim como a implantação de ações de Promoção da Saúde, Prevenção da Violência e estímulo à Cultura da Paz. Este trabalho apresenta uma breve análise do processo de implantação e implementação da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências Interpessoais vinculadas ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) no Paraná, que se iniciou em 2009. Foram notificados 23.715 casos entre os anos de 2009 e 2012. O aumento das notificações tem sido gradativo a cada ano, com maior crescimento de 2011 para 2012 (133%). Os principais desafios para a implementação da vigilância das violências encontram-se na necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais e gestores de saúde, na organização dos serviços para o acolhimento dessa demanda e na necessidade de atuação em rede.

Palavras-chave: Gestão da Vigilância em Saúde, Vigilância de Violências, Promoção da Saúde

Abstract

Violence is a socio-historical phenomenon that has strong impact on morbidity and mortality, characterized as the third leading cause of death (accidents and violence), and is becoming a major public health problems; his approach requires intra-and intersectoral actions. It has been happening in every region and city in a specific way, without which often we have the real dimension of the problem. Epidemiological surveillance is a strategy essential for political control of this true epidemic, still hidden in our society. The reporting of domestic and sexual violence health services is essential to face the issue as well as the implementation of actions for the Promotion of Health, Violence Prevention and stimulating Culture of Peace. This paper presents a short analysis of implementation process and implementation access to the Notification / Investigation of Domestic Violence, Sexual and Other Interpersonal Violence related to the Information System for Notifiable Diseases (Sinan) in Paraná, which began in 2009. 23,715 cases were reported between 2009 and 2012. The notification has steadily increased each year, whose the largest growth was from 2011 to 2012 (133%). The main challenges for the implementation of the surveillance of violence are in need of awareness and training of health professionals and managers in the organization of services for accommodating this demand and need for network action.

Keywords: Management of Health Surveillance, Surveillance of Violence, Health Promotion

¹ Terezinha Maria Mafioletti (terezinham@sesa.pr.gov.br) é enfermeira do Centro de Epidemiologia do Paraná (CEPI) da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa-PR); mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) e professora da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

^{II} Emerson Luiz Peres (emersonperes@sesa.pr.gov.br) é psicólogo do Centro de Epidemiologia do Paraná (CEPI) da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa-PR); mestre em

Psicologia da Infância e da Adolescência pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).

^{III} Alice Eugênia Tisserant (alietet@sesa.pr.gov.br) é enfermeira do Centro de Epidemiologia do Paraná (CEPI) da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa-PR); chefe da Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DVDNT), especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

Introdução

O presente trabalho apresenta um breve relato acerca da gestão do processo de trabalho da equipe de Vigilância de Violências e Acidentes da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa-PR). Traz uma análise da notificação da Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências e da implantação da política de Promoção da Saúde, por meio do monitoramento dos projetos de Vigilância e Prevenção de Violências, Promoção da Saúde e estímulo à Cultura da Paz.

Inicialmente, apresentaremos um breve histórico do processo de gestão da Vigilância de Violências e Acidentes no Paraná e da implantação e implementação da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências Interpessoais. Depois apresentaremos alguns dados da notificação desse agravo no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) no estado do Paraná e, por fim, faremos uma reflexão sobre os principais desafios para a Gestão da Vigilância em Saúde na implementação da Vigilância das Violências e ações em Promoção da Saúde.

Analisar a implantação/implementação dessa vigilância de violência doméstica e sexual no estado não significa fazer uma análise do perfil epidemiológico da situação das violências atendidas no setor saúde, pois os dados apresentados aqui são preliminares^a, e a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências encontra-se em processo de implantação e implementação no Paraná, tendo seu início em 2009. Ou seja: esses números não representam a realidade da violência doméstica e sexual no estado, mas apenas os casos notificados nos serviços de saúde até o momento. Ainda assim, podemos fazer algumas reflexões sobre o perfil da notificação de “violência doméstica e sexual” no setor saúde, seus avanços e dificuldades, com base nesses dados.

Referenciais teóricos e normativos

As violências e os acidentes caracterizam-se como um importante e complexo problema para a saúde pública na atualidade, provocando forte impacto sobre as taxas de morbimortalidade e apresentando importantes repercussões econômicas e organizacionais ao Sistema Único de Saúde (SUS). A violência não é um fenômeno abstrato, é fenômeno sócio-histórico e ocorre em cada estado e em cada município de forma específica, existindo a

necessidade de estudos locais e operacionais e também estratégias intersetoriais de enfrentamento^{2,4}. A vigilância epidemiológica constitui-se em estratégia imprescindível para dar visibilidade a esse problema⁹, principalmente no que diz respeito ao estabelecimento de um diagnóstico da magnitude e do impacto da violência em determinada população, em certo local e tempo – tão necessário para o planejamento de ações e a construção de políticas públicas para enfrentamento dessa situação. A notificação de violências pelos serviços de saúde, então, tem um papel fundamental nesse processo¹⁰ e deve ser a base para esse diagnóstico.

Em 2006, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)^b em Serviços Sentinelas no âmbito do SUS, buscando conhecer melhor a magnitude das violências e dos acidentes no país, por representar grave problema de saúde pública. O Viva possui dois componentes: 1) Viva Inquérito, que se constitui em pesquisa na modalidade de inquérito sobre violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência; e 2) Viva Contínuo, que é formado pela vigilância contínua de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais e autoprovocadas^{5,6,7}. Assim, no final de 2008, foi inserida como um Módulo no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net) a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências^c.

Essa ficha de notificação se constitui em instrumento de coleta de informações que deve ser utilizado para a notificação de “qualquer caso suspeito” ou “confirmado” de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra homens e mulheres, independentemente de faixa etária^{5,6,7}. São objeto de notificação os casos suspeitos (prováveis) ou confirmados de:

- violência contra mulher (seja intra ou extrafamiliar, todos os tipos e natureza: física, sexual, psicológica, tortura, moral, patrimonial etc.);
- violência contra criança e adolescente (ambos os sexos, seja intra ou extrafamiliar, todos os tipos e natureza: física, sexual, psicológica, tortura, negligência, maus-tratos etc.);
- violência contra pessoa idosa (ambos os sexos, seja intra ou extrafamiliar, todos os tipos e natureza);
- violência autoprovocada (ambos os sexos e todas as idades);
- violência sexual (ambos os sexos e todas as idades);

- violência doméstica (ambos os sexos e todas as idades);
- tráfico de seres humanos (ambos os sexos e todas as idades);
- violência financeira/econômica (ambos os sexos, todas as idades);
- negligência/abandono (ambos os sexos, todas as idades);
- trabalho infantil (criança e adolescente, ambos os sexos, menores de 14 anos);
- intervenção legal (ambos os sexos, todas as idades).

A notificação é obrigatória em serviços de saúde nos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes (lei n. 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente), contra mulheres (lei n. 10.778/2003 e decreto-lei n. 5.099, de 03/06/2004) e contra a pessoa idosa (lei n. 10.741/2003 – Estatuto do Idoso – e lei n. 12.461/2011). Para tanto, e decorrente da legislação, o Viva vale-se de normativas citadas por diferentes documentos técnicos^{5, 6, 7, 9}.

A portaria MS/GM n. 104, de 25/01/2011, inclui a violência doméstica, sexual e/ou outras violências em seu Anexo I, ou seja, na Lista de Notificação Compulsória, como agravo de notificação compulsória a todos os serviços de saúde – o que significa a emergência da capacitação de profissionais e organização dos serviços de saúde para o acolhimento dessa demanda.

Até 2008, a área de saúde não dispunha de um instrumento de coleta sobre morbidade de violências que fosse capaz de abrangência e efetividade como promete o Viva através do Sinan. Trabalhava-se com a mortalidade por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), com a morbidade grave, através do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) – ou seja, a violência cotidiana, como a violência doméstica, permanecia oculta.

A avaliação epidemiológica da violência doméstica e sexual é ainda uma tarefa difícil, dada a incipiência dos sistemas de registros de dados, bem como sua dispersão entre os vários serviços que prestam atendimento às pessoas em situação de violência.

Breve contextualização da Gestão de Vigilância de Violências e Acidentes e Promoção da Saúde no Paraná

No estado do Paraná, as ações de Vigilância em Saúde do SUS são coordenadas pela Secretaria de Estado da Saúde (Sesa), por meio da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS). A Vigilância em Saúde inclui um complexo conjunto de ações sistematicamente realizadas no âmbito do SUS com a finalidade de promover, proteger e recuperar a saúde da população em estreita articulação com as áreas de assistência e de promoção à saúde. As ações de vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), nas quais estão incluídas as causas externas de morbimortalidade, são coordenadas pelo Centro de Epidemiologia (Cepi), por meio da Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DVDNT), criada em julho de 2007 para esse fim. As ações de Vigilância de Violências e Acidentes no Estado do Paraná (Viva-PR) tiveram seu início na Sesa-PR a partir daí, vinculadas a essa divisão.

Essa vigilância compreende uma série de ações e atividades relacionadas à análise das causas externas de morbimortalidade e implica uma complexa articulação de dados e sistemas de informações de diferentes áreas e políticas.

As consequências dos acidentes e violências (causas externas) para o sistema de saúde e para a sociedade apontam para a necessidade de aperfeiçoamento do sistema de informações de mortalidade e morbidade por causas externas, com a finalidade de subsidiar políticas públicas para a prevenção do problema e atendimento às vítimas.¹ (pág. 315)

Entre as ações realizadas pela DVDANT, foi de fundamental importância a elaboração do Plano Estadual de Vigilância de Violências e Acidentes do Paraná (Plano Viva-PR), com a finalidade de apoiar as regionais de saúde e municípios no processo de implantação da Vigilância Epidemiológica das Violências e Acidentes. Em 2009, o plano foi aprovado na Comissão Intergestora Bipartite do Paraná (CIB-PR), apresentando como estratégias prioritárias de ação: a implantação da Ficha de Notificação das Violências; o apoio à implantação e implementação das Redes Estadual e Municipais de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; a análise de dados e publicação.

Além de análises epidemiológicas das causas externas com os principais sistemas de informação na área

⁵ Banco de dados do Sinan-PR de 01-02-13.

⁶ Mais informações podem ser obtidas no site: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1612>.

⁹ Site para download da ficha de notificação: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32642.

da saúde, tem-se atuado também no apoio e na divulgação dos inquéritos propostos pelo Ministério da Saúde, como o Viva Inquérito – pesquisa sobre violências e acidentes em serviços de referência para atendimentos desses agravos na capital, coordenado pelo município de Curitiba e realizado nos anos de 2006, 2007, 2009 e 2011 – e a Pesquisa de Saúde do Escolar (Pense), nos anos de 2009 e 2011.

A Gestão do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes no Paraná tem priorizado o processo de implantação e implementação da notificação de violências no Sinan-Net e da implantação da Política de Promoção da Saúde por meio do monitoramento dos projetos de financiamento para ações de Vigilância e Prevenção de Violências, Promoção da Saúde e incentivo à Cultura da Paz, buscando sempre uma atuação intra e intersetorial e multiprofissional. Para tanto, construíram-se projetos para monitoramento dessas ações nos anos de 2008 a 2012, cujo último projeto, para ações em 2013, intitula-se Projeto Fortalecimento da Rede de Vigilância e Prevenção de Violências e Promoção da Saúde no Estado do Paraná.

Outra ação nesse sentido é o acompanhamento do Projeto Vida no Trânsito na capital e a construção de um Vida no Trânsito para o estado, ampliando a vigilância e a prevenção de lesões e mortes no trânsito para outros municípios do Paraná.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada pela portaria n. 687, de 30/03/2006, dá diretrizes e aponta estratégias de organização das ações de promoção da saúde nos três níveis de gestão do SUS para garantir a integralidade do cuidado. Essa política trata a promoção da saúde como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, que contribui para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde e define sete eixos prioritários para as ações da PNPS. Três deles encontram-se diretamente relacionados às ações de gestão de Vigilância de Violências:

- Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito;
- Prevenção da Violência e Estímulo da Cultura da Paz; e
- Redução da Morbimortalidade em Decorrência do Uso Abusivo de Álcool e Outras Drogas.

Entende-se que a Promoção da Saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade

aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes em nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas⁸.

O Ministério da Saúde, desde 2006, tem lançado editais, por meio da edição de portarias, objetivando repasse de incentivo financeiro para municípios e estados desenvolverem propostas de ações nos eixos prioritários da PNPS. O Paraná sempre tem sido contemplado, com municípios que apresentam propostas graças ao forte trabalho de divulgação e apoio técnico da equipe da DVDNT aos municípios.

Entre as ações prioritárias da equipe de gestão da Vigilância de Violências e Acidentes em Saúde e Promoção da Saúde do Paraná, está a implantação e implementação da PNPS por meio do processo de divulgação dos editais de financiamento, do acompanhamento e monitoramento de projetos de municípios contemplados com recursos em especial nos eixos relacionados à violência ou aos fatores de risco, já citados.

No Paraná, são 128 municípios contemplados com recursos para as ações da PNPS, de 2006 a 2011 (quase 32% dos municípios do estado). Em todos os anos há propostas de ação dos municípios em um dos três eixos citados, com pelo menos 122 projetos nesses temas até agora – sem falar nos municípios que apresentavam projetos com ações em todos os sete eixos da PNPS, incluindo os relativos à violência e seus fatores de risco. Por exemplo, em 2010 receberam recursos 31 municípios paranaenses com ações relacionadas à vigilância e prevenção de violências (um dos três eixos) e mais 17 com propostas de ações em todos os eixos da PNPS – ou seja, dos 88 projetos aprovados naquele ano, cerca de 50 previam ações nesse tema.

Em 2012, mais 85 projetos de Prevenção e Vigilância de Violência e Acidentes foram contemplados para municípios do Paraná pela portaria n. 2.802, de 06/12/12, do Ministério da Saúde. Também em 2012, a Sesa-PR deu um passo importante no sentido da vigilância de violências e promoção da saúde, efetuando o repasse financeiro para 19 municípios com mais de 50.000 habitantes do estado, com significativas taxas de mortalidade por causas externas e que não haviam sido contemplados com recursos do MS pela portaria n. 2.970/2011, para a implantação dos Núcleos de

Figura 1. Municípios Notificantes de Violência Doméstica, Sexual e Outras. Paraná - 2012.

Prevenção da Violência e Promoção da Saúde. Assim, atendendo a proposta da Sesa, a Comissão Intergestora Bipartite do Paraná (CIB-PR) definiu pela deliberação n. 027/2012 aprovar o repasse de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde para a implantação dos Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, corroborada pela resolução Sesa n. 177/2012, que trata do mesmo assunto. Em 2013, mais 34 municípios foram contemplados com R\$ 30.000 cada, num total de R\$ 1.020.000,00, por meio da deliberação da CIB-PR n. 018/2013, de 07/03/2013.

Dessa forma, de 2006 a março de 2013, o estado contou com 213 projetos contemplados com recursos do Ministério da Saúde e mais 53 projetos contemplados com recursos do Fundo Estadual de Saúde, num total de 40 municípios beneficiados. Somando-se os projetos com financiamento do MS e da Sesa no período de 2006 a março de 2013 para Prevenção e Vigilância de Violência e Acidentes, totalizam-se 266 projetos contemplados no Paraná.

A notificação das violências e acidentes na saúde: resultados e discussão

A presente análise toma como referência a base de dados do estado do Paraná no Sinan referente ao perí-

odo de 2009 a 2012, onde nossa base de dados apresenta maior consistência. Apresentaremos um breve panorama do processo de notificação no território paranaense e passaremos à análise dos dados notificados, dando ênfase à análise por sexo e por faixa etária, especialmente para a situação de violência contra a mulher.

No Paraná, de 2009 a 2012, foram notificados 23.715 casos de violências doméstica, sexual e outras violências – sendo 2.108 casos em 2009, 3.201 em 2010, 5.526 em 2011 e 12.880 em 2012 (os dados são ainda preliminares). Estas notificações foram provenientes de 50 municípios em 2009, 121 em 2010, 178 em 2011 e 257 em 2012 (Figura 1). Houve um aumento de 133,3% de notificação em 2012, em comparação com 2011. Constata-se, entre os anos de 2009 e 2012, que ocorreu algum registro de notificações em 283 municípios do estado (70,9%), pertencentes às 22 Regionais de Saúde, observando-se um crescimento gradativo de municípios notificadores. Em relação ao número de unidades de saúde notificadoras, conta-se um aumento de 81,9%, sendo 415 unidades notificadoras em 2011 e 755 em 2012.

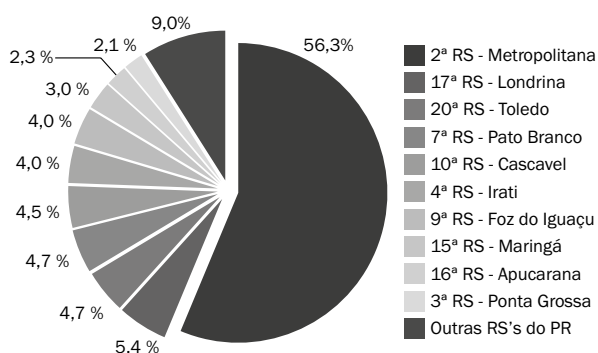
Outro dado que tem chamado a atenção refere-se ao ranking da notificação das violências no Sinan Net-PR. Levantamento realizado com base nos dados do Sinan Net e do Sinan On-line (influenza e dengue) de todos os

agravos de Notificação Compulsória da Portaria MS/GM n. 104, de 25/01/2011, de interesse estadual, constatou que as violências ocuparam o 11º lugar em 2009, o 9º lugar em 2010 e o 8º em 2011, passando para o 4º lugar em 2012.

Conforme se pode observar no Gráfico 1, a 2ª Regional de Saúde (Metropolitana), com sede em Curitiba, é a primeira em volume de notificações no PR, com 13.357 casos notificados (56,3%), puxada pela capital, que sozinha foi responsável por 10.437 notificações de 2009 a 2012 (44,0% do total do estado).

Em relação à proporção de notificação de violência

Gráfico 1. Proporção de Notificações de Violência Doméstica, Sexual e Outras por Regional de Saúde do PR, 2009-2012*.

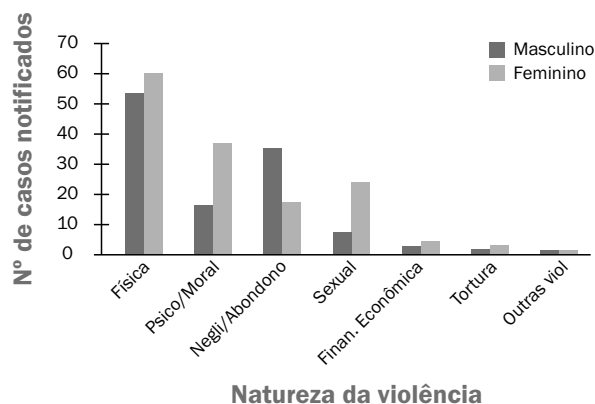


Fonte: SINAN-PR - DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR
* Dados preliminares

doméstica, sexual e outras segundo sexo e faixa etária (Gráfico 2), constata-se que o maior número de casos em todas as faixas etárias ocorreu com o sexo feminino. O maior número de casos notificados foi entre 20 e 29 anos. Com exceção da faixa etária de 5 a 9 anos, na qual se observa um pequeno percentual de casos a mais no sexo masculino, nas demais faixas etárias essa forma de violência destaca-se no sexo feminino, sendo que a grande maioria das notificações concentra-se na faixa etária entre 15 e 39 anos.

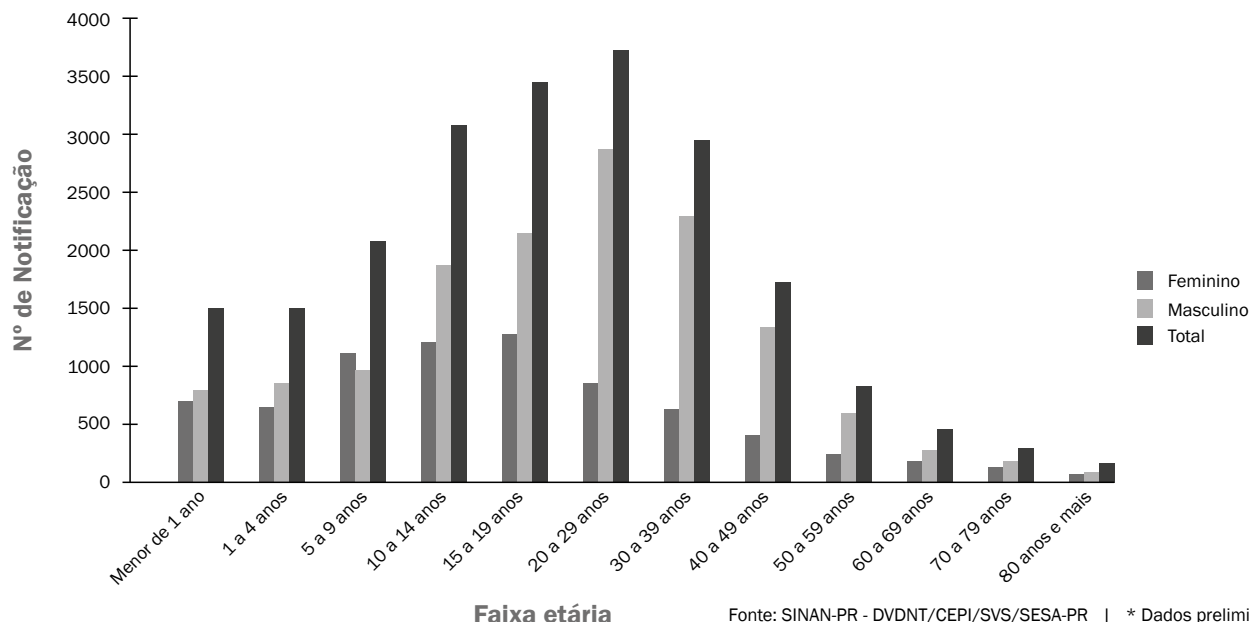
Sobre o tipo e a natureza da violência notificada se-

Gráfico 3. Proporção de Tipo de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Segundo Sexo, PR-2010 a 2012*.



Fonte: SINAN-PR - DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR
* Dados preliminares

Gráfico 2. Investigação da Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, segundo Faixa Etária e Sexo, Paraná - 2010 a 2012*.

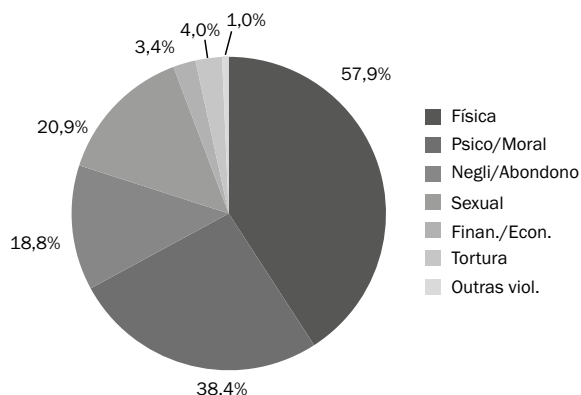


Fonte: SINAN-PR - DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR | * Dados preliminares

gundo o sexo (Gráfico 3), observa-se que a violência física, a psicológica/moral e a sexual têm maior ocorrência no sexo feminino, enquanto a negligência/abandono ocorrem mais com o sexo masculino.

A violência física representa aproximadamente 60%

Gráfico 4. Proporção do Tipo de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências contra a Mulher no PR, 2010-2012*.



Fonte: SINAN-PR - DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR

* Dados preliminares

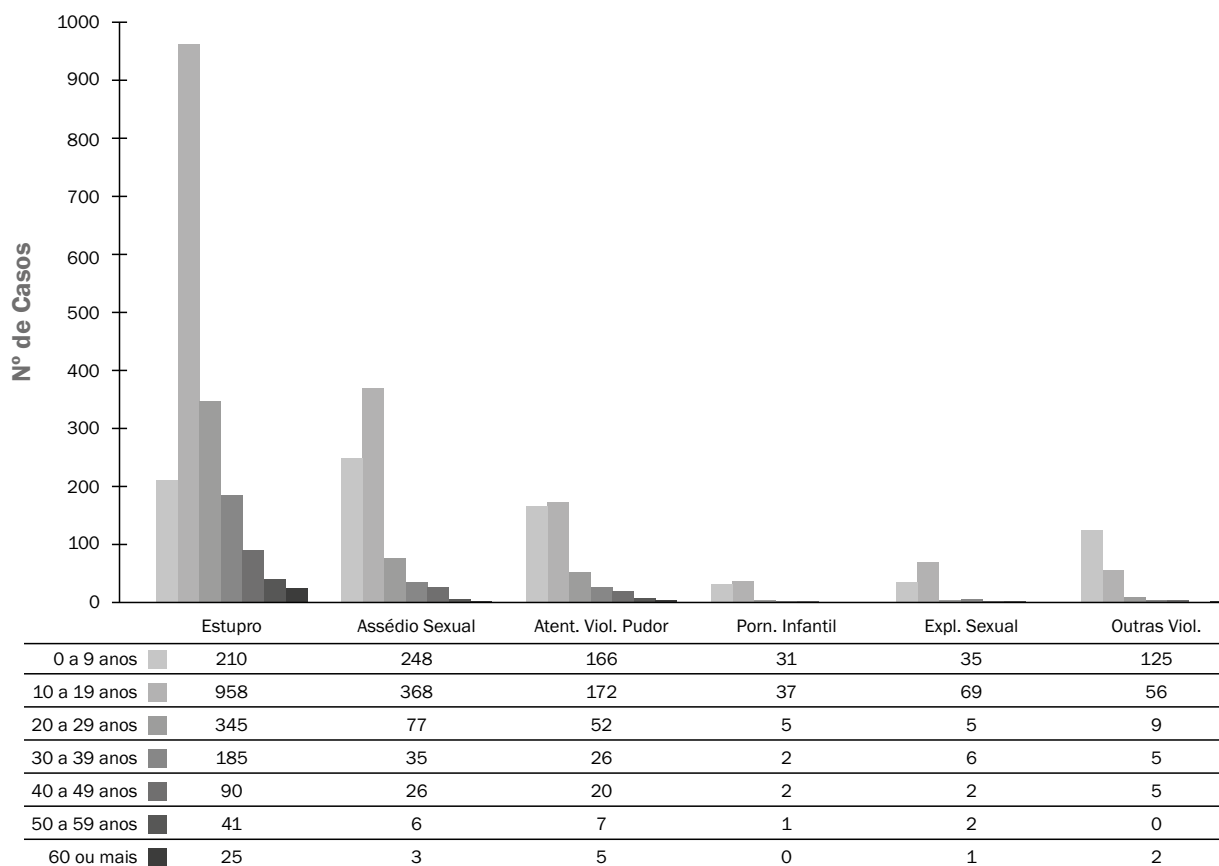
de todas as formas de violências sofridas pela mulher entre os anos de 2010 e 2012, seguida pela violência psicológica/moral (38,4%) e pela sexual (20,9%), conforme observa-se no Gráfico 4.

Analisando os dados de notificação da violência sexual, constata-se que a grande maioria dos casos ocorre no sexo feminino (Gráfico 3). Em relação ao tipo de violência sexual contra a mulher, a maior ocorrência refere-se a estupros (58%), seguindo-se atentado violento ao pudor (14%). A partir da nova tipificação prevista na lei 2.015, de 7 de agosto de 2009, consideram-se ambos como estupro, totalizando uma porcentagem de 72% de casos de violência sexual em relação às demais formas de violência sexual que ocorrem no sexo feminino.

A faixa etária de maior ocorrência de estupros é de 10 a 19 anos (1.326 casos, somando-se estupro e atentado violento ao pudor), seguida da faixa etária de 20 a 29 anos (422 casos, somando-se estupro e atentado violento ao pudor), ou seja, na fase da infância e da juventude das mulheres (Gráfico 5).

Os dados permitem aferir que a violência não

Gráfico 5. Violência Sexual contra a Mulher Segundo Faixa Etária no PR, 2010-2012*



Fonte: SINAN-PR - DVDNT/CEPI/SVS/SESA-PR | * Dados preliminares

atinge a população de forma homogênea. Variações quantitativas e qualitativas acontecem dependendo do sexo, da idade, da cor, do local de moradia, do tipo de ocupação, das condições sociais e econômicas, entre outros fatores. As mulheres e meninas, por sua vez, sofrem com maior intensidade a violência que acontece no seio das famílias, dentro dos domicílios.

Considerações finais

Conforme o objetivo proposto para o trabalho – apresentar uma breve análise acerca da gestão do processo de trabalho da Vigilância de Violências e Acidentes no Paraná (Viva-PR) –, entendemos que o processo de gestão da vigilância de violências e acidentes e a implementação da política de promoção da saúde no estado têm contribuído de forma importante para a visibilidade da problemática da violência doméstica e sexual como um problema de saúde pública.

Concluimos que tanto a implantação da notificação das violências nos serviços de saúde quanto a política de promoção de saúde caracterizam-se como estratégias fundamentais, ainda que insuficientes, para o enfrentamento da epidemia de violência na área da saúde no estado. São parte de um processo de construção de uma Vigilância de Violências e Acidentes no Paraná (Viva-PR) que, devidamente implementada, poderá ajudar a conhecer a magnitude das violências e acidentes no estado; dar visibilidade à violência silenciada, especialmente a doméstica e sexual; caracterizar o perfil das pessoas vitimizadas e o dos agressores; e elaborar políticas públicas de enfrentamento das violências, sendo um passo essencial para o enfrentamento dessa questão pelo setor e para a instituição de uma cultura de prevenção da violência e promoção da saúde^{9, 3}.

Trata-se de trabalhar o processo de formação de uma cultura de vigilância nos serviços de saúde para esse agravo, que tem suas especificidades e complexidades – como, por exemplo, a multideterminação de causas; os impactos na organização dos serviços; a necessidade de articulação de ações, interdisciplinaridade, intra e intersetorialidade; resistências dos profissionais da rede, entre outras.

Ressalta-se ainda a necessária construção de uma interdisciplinaridade e intersetorialidade na

intervenção e na construção de políticas públicas para o enfrentamento da violência e seus condicionantes sócio-históricos, projeto que não se faz sem indicadores nem apenas teoricamente – e não em há lugar nenhum pronto e acabado.

Referências

1. Carvalho CG, Malta DC, Silva MMA, Malta SG, Costa VC, Gawryszewski VP. Vigilância dos acidentes e violências no Brasil e proposta dos Serviços Sentinelas. In.: Njaine K, Assis SG; Constantino P, organizadores. Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.
2. Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P. Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.
3. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. (Temas em saúde).
4. Minayo MCS. A Violência dramatiza causas. Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília (DF); 2011. (Série F. Comunicação e educação em saúde)
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Nota técnica nº22 - CGDANT/DASIS/SVS/MS, de 22/08/2008. Brasília (DF); 2008.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIVA - Vigilância de Violência e Acidentes, 2008 e 2009. Brasília (DF); 2011. (Série G. Estatística e informação em Saúde)
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3.ed. Brasília (DF); 2010. (Série Pactos pela saúde 2006, 7).
9. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.. Plano Estadual de Vigilância de Violências e Acidentes do Estado do Paraná [monografia na internet]. Curitiba: SESA-PR; 2009[acesso em 17 ago 2012]. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1095>.
10. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev Saúde Pública. 2007; 41(3):472-477.

Morbidade por causas externas: os casos não registrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)*

Morbidity due to external causes: the many unreported cases by the Unified Health System (SUS)*

Roberto dos Santos Lacerda ^I, Edna Maria de Araújo ^{II}, Vijaya Krisna Hogan ^{III}, Ionara Magalhães de Souza ^{IV}

Resumo

O aumento da violência vem se configurando como um importante desafio enfrentado em todo o mundo. Objetivou-se analisar a morbidade violenta em Feira de Santana (BA), segundo o perfil das vítimas, agressores e circunstâncias dos atos violentos. Realizou-se um estudo transversal com coleta retrospectiva de casos que apresentaram lesões corporais atendidos pelo Departamento de Polícia Técnica do município, no período de 2006-2008. Foram registrados 4.158 casos de lesão corporal, com maior ocorrência entre homens jovens. A média de idade das vítimas foi 30,4 anos (\pm 13,2 anos). A distribuição segundo a faixa etária mostrou que os adultos jovens nas faixas de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos concentraram os maiores percentuais de casos (34,5% e 23,8%, respectivamente). A análise por causa específica evidenciou que as violências intencionais foram mais frequentes entre pessoas de 10-19 anos (86,6%). As intervenções legais foram o principal motivo das agressões (28,9%), seguidas dos conflitos em família (21,5%). Evidencia-se a necessidade de melhoria da qualidade da informação gerada pelo boletim de ocorrência policial e laudo do exame de "corpo de delito" e efetivação de políticas públicas, na perspectiva do Sistema Único de Saúde, que enfoquem a prevenção da violência e a promoção da cultura da paz.

Palavras-chave: Morbidade, Causas Externas, Violência

Abstract

The increase in violence has shaped up as a major challenge faced in the world. Our goal was to analyze the violence morbidity in Feira de Santana (BA), according to the profile of the victims, perpetrators and violent act's circumstances. We have conducted a cross-sectional study with retrospective cases treated by the Department of Technical Police of the municipality, which showcased injuries, in the period 2006-2008. We recorded 4,158 cases of injury, with higher prevalence among young men. The average age of victims was 30.4 years (\pm 13.2 years). The age separation showed up that the violence concentrated the largest percentage of cases among 20-29 years and 30 to 39 years old young adult (34.5% and 23.8%, respectively). The analysis also reviewed that the specific cause of intentional violence were more common among 10-19 years old people (86.6%). Legal interventions were the main reason for aggression (28.9%), followed by family conflict (21.5%). The paper stands out the need for improving the quality of information reported by the police as well as the examination report of "corpus delicti" and execution of public policy from the National Health System perspective, which focus on violence prevention and the promotion of culture of peace.

Keywords: Morbidity, External Causes, Violence

* Trabalho que integra a pesquisa Morbidade por causas externas: caracterização e fatores associados na maior cidade do interior da Bahia, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), Edital Pesquisa para o SUS/MS/CNPq/Fapesb/Sesab: Gestão Compartilhada em Saúde.

^I Roberto dos Santos Lacerda (robertosl3@hotmail.com) é biomédico, professor-assistente da Universidade Federal de Sergipe (UFS), mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil.

^{II} Edna Maria de Araújo (ednakam@gmail.com) é enfermeira, doutora em Saúde Pública, professora-titular da Universidade Estadual de Feira de Santana

(UEFS), Bahia, Brasil; coordenadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (Nudes).

^{III} Vijaya Krisna Hogan (vhogan@email.unc.edu) é nutricionista, PhD in Maternal and Child Health/Epidemiology e professora-associada do Departamento de Saúde Materna e Infantil e Epidemiologia da Universidade da Carolina do Norte, Chapel Hill, NC, EUA. School of Public Health.

^{IV} Ionara Magalhães de Souza (narafenix@yahoo.com.br) é pedagoga, fisioterapeuta, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil.

Introdução

O fenômeno do aumento da violência em todo o mundo vem se configurando como um importante desafio a ser enfrentado pelos países, despertando o interesse de pesquisadores de diversas áreas, inclusive da Saúde Coletiva, que tem buscado investigar e explicar os fatores determinantes desse complexo problema^{4,10}.

No Brasil, os acidentes e as violências são as principais causas de mortalidade entre crianças, adolescentes e a população adulta jovem e correspondem ao terceiro fator determinante de óbito na população geral, representando para o país um custo de aproximadamente 5% do produto interno bruto (PIB) no ano de 2004¹⁴.

A magnitude e a intensidade da violência no Brasil podem ser observadas nos indicadores epidemiológicos e criminais, que conferem ao país taxas de morbimortalidade até maiores do que as observadas em países em guerra. Essa escalada de crescimento nas taxas de mortalidade por causas externas foi observada desde a década de 1980, quando passou de 59,0 mortes por 100 mil habitantes para 72,5 em 2002¹⁷. A estimativa global de mortes violentas em 2000 foi de 28,8 por 100 mil habitantes, variando entre 14,4 em países de renda alta e 32,1 em países de renda baixa e média⁴. No mesmo ano, no Brasil, ocorreram 118.367 mortes por causas externas, o que representou 12,5% do total de mortes⁴, especialmente entre os homens jovens (83,5%)⁵.

A tendência de crescimento da mortalidade por violência é um problema enfrentado principalmente por estados e cidades das regiões Norte e Nordeste do país. Maranhão, Bahia e Pará tiveram crescimento na taxa de mortalidade por homicídios entre 1998 e 2008 de 367%, 280% e 222%, respectivamente, e entre os vinte municípios mais violentos do Brasil, 15 pertencem às regiões Norte e Nordeste²⁰.

As taxas de mortes violentas representam apenas uma parte do problema, visto que a magnitude da violência não letal é ainda muito maior¹². No Brasil, para cada homicídio de pessoa jovem há entre vinte e quarenta vítimas não fatais sofrendo violências e outras agressões não fatais e recebendo tratamento hospitalar⁹. No ano de 2000, foram registrados 15 casos de lesões intencionalmente provocadas para cada homicídio na cidade de Salvador²⁰. Os números da violência não letal podem ser muito maiores, pois apesar de os acidentes e violências serem apontados como grandes responsáveis pelas internações hospitalares no Brasil¹⁵, é importante

destacar que as ocorrências que não geram internação hospitalar não são contempladas nos registros do Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe registrar ainda que, a despeito da sua magnitude, há escassez de estudos utilizando dados de morbidade.

A magnitude da morbidade representada pelas lesões provocadas pelos acidentes e violências revela a importância de se compreender esse fenômeno para além das informações produzidas pelos dados de mortalidade. Dessa forma, objetivou-se nesse estudo analisar a morbidade por causas externas, segundo o perfil das vítimas, agressores e circunstâncias dos atos violentos no município de Feira de Santana, Bahia.

Método

Trata-se de um estudo transversal, com coleta retrospectiva de dados. A população de estudo foi o universo de vítimas de lesões por causas externas encaminhadas para exame de lesões corporais (“corpo de delito”) no Departamento de Polícia Técnica (DPT) do município de Feira de Santana (BA), no período de 2006 a 2008.

O município de Feira de Santana é o segundo maior da Bahia e está situado na região norte do Estado; apresenta uma população de 568.099 habitantes e taxa de urbanização de 91,7% no ano de 2012⁷. É altamente industrializado em sua zona urbana, com intenso tráfego urbano e regional, sendo considerado o mais importante entroncamento rodoviário do Norte/Nordeste do Brasil.

Para análise da morbidade, foi considerado “caso de lesão por causa externa” todo laudo de atendimento resultante de exposição aguda a uma força externa ou substância, afogamentos, incluindo as lesões físicas não intencionais e aquelas relacionadas com violências e com intencionalidade indeterminada, definição recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁷. Buscou-se trabalhar com o número máximo possível de casos, mas foram excluídos os casos que não tinham definição sobre o tipo de causa externa que provocou a lesão.

Os tipos de causas externas foram consideradas conforme a Classificação Internacional de Doenças, 10a revisão (CID-10)⁸, capítulo XX, que agrupa as causas externas de morbimortalidade.

Os agravos analisados foram categorizados em três grupos de causas:

1) acidente de transporte, código V01-V99, que engloba acidentes como colisão, atropelamento e demais acidentes de transporte;

2) demais acidentes, código W00-X59 (quedas, queimaduras, acidentes de trabalho, envenenamentos e afogamentos);

3) agressões, código X85-Y09 (espancamento, tentativa de homicídio, enforcamento, violência/abuso sexual, demais agressões físicas).

Para o estudo da violência intencional, foram analisados apenas os casos no grupo das agressões, visto que este é o único grupo cuja intencionalidade do ato violento é bem definida.

Na coleta de dados, utilizou-se o instrumento denominado “Ficha de Investigação de Lesões Corporais em Feira de Santana”. Para a finalidade deste estudo, as variáveis selecionadas foram relativas ao perfil sociodemográfico da vítima, ao agressor e ao evento violento.

A entrada, a organização e a análise dos dados obtidos foram realizadas por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15.0. Utilizou-se análise exploratória e descritiva baseada em frequências absolutas, relativas e razões, segundo características sociodemográficas das vítimas, dados da agressão e características sociodemográficas do agressor.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o registro de protocolo número 082/2009 (CAAE- 0087.0.059.000-09), seguindo as especificações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Resultados

Foram relacionados 4.158 atendimentos de exame de “corpo de delito” decorrentes de causas externas entre 2006 e 2008 em Feira de Santana-BA. Registraram-se 1.297 casos (31,2%) em 2006, 1.499 (36%) em 2007 e 1.362 (32,8%) em 2008.

A principal fonte de informação dos laudos foi o boletim de ocorrência (99,6%). Em poucos casos, os responsáveis pelo preenchimento dos laudos utilizaram outras fontes de informação, como família da vítima (0,3%) e hospital (0,1%).

A Tabela 1 mostra a distribuição das características das vítimas, sendo possível observar o predomínio do sexo masculino, que registrou 52,8% dos casos. A taxa de ocorrência foi de 8,44 casos para cada grupo de mil homens, tendo sido superior à taxa entre as mulheres

(1,23 vez). A distribuição segundo faixa etária mostrou que os adultos jovens na faixa de 20 a 29 anos foram as principais vítimas.

Tipo de causa externa e circunstâncias do evento

As agressões foram as principais causas de lesões. Observou-se predomínio do sexo masculino no grupo de acidentes de transporte, com 3,7 homens para cada mulher, enquanto nos demais grupos de causas houve maior concentração entre as mulheres, com razão de aproximadamente 1,3 mulher para cada homem nos dois grupos.

Perfil do agressor

Foram encontradas informações sobre o sexo do agressor em 63,7% dos casos. Destes, houve predomínio de agressores do sexo masculino (75,9%). Constatou-se que existia relação anterior entre vítima e agressor em 81,7% dos casos, sendo o(a) parceiro(a) íntimo(a) responsável por 22,7% das agressões (Tabela 2).

Características da agressão

Observou-se que o espancamento foi o principal tipo de agressão. Além de tentativa de homicídio e violência sexual (abuso, estupro, atentado ao pudor), foram registrados como outros tipos de agressão física: pedradas, mordedura humana, garrafadas, chicotadas etc. (Tabela 3).

Sobre o motivo da agressão, foram encontradas informações em apenas 18,4% dos casos, tendo como principal motivo a ação policial/intervenção legal.

Nas agressões sofridas pelas mulheres, o agressor foi alguém com quem a vítima mantém ou manteve uma relação íntima – marido, companheiro e/ou namorado (23% das relações atuais e 10% de relações passadas).

Discussão

Um dos pontos relevantes deste estudo é o fato de ter analisado os casos de violência que, geralmente, não são registrados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por não gerarem uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Em contrapartida, limita-se por restringir-se aos registros de casos de violência em que as vítimas prestaram queixa em uma delegacia de polícia e se submeteram ao exame de “corpo de delito”. Considerando-se que algumas pessoas que registraram a queixa não realizaram o exame de “corpo de delito”, acredita-se que

Tabela 1. Características sociodemográficas das vítimas de lesões por causas externas em Feira de Santana (BA), 2006-2008

Características Sociodemográficas	Pop.	%	Vítimas	%	Taxa de Ocorrência (/1000 hab.)
Sexo					
Masculino	259.818	47,7	2.194	52,8	8,44
Feminino	285.818	52,3	1.962	47,2	6,86
Total	544.113	100	4.156	100	7,63
Faixa Etária					
<10 anos	106.915	19,6	93	2,2	0,8
10 a 19 anos	122.316	22,5	723	17,4	5,9
20 a 29 anos	107.380	19,7	1.435	34,5	13,3
30 a 39 anos	81.134	14,9	990	23,8	12,2
40 a 49 anos	55.236	10,2	533	12,8	10,2
50 a 59 anos	34.281	6,3	221	5,3	6,4
60 e mais	36.724	6,8	162	3,9	4,4
Raça / Cor de pele					
Branca	119.706	22,0	157	3,8	1,31
Parda	337.350	62,0	3.582	87,0	10,6
Preta	81.616	15,0	376	9,1	4,6
Amarela	5.441	1,0	2	0,01	0,36
Estado civil* (n=4.075)					
Solteiro			2.584	63,4	
Casado(a)/União estável			1.064	26,1	
Separado(a)/ Divorciado(a)/Viúvo(a)			168	4,1	
Menor de idade			259	6,4	
Escolaridade* (n=3.698)					
Analfabeto			118	3,2	
Alfabetizado/pré-escolar			56	1,5	
Ensino Fundamental (1ª a 8ª séries)			1.945	52,6	
Ensino Médio (1º ao 3º ano)			1.409	38,1	
Ensino Superior			170	4,6	
Religião* (n=3.039)					
Católica			2.421	79,7	
Protestante			577	9,0	
Espírita/Candomblé/Ateu/Outra			41	1,3	
Naturalidade* (4.126)					
Feira de Santana			2.587	62,7	
Outra			1.539	37,3	

Fonte: Próprios autores | *Não foi possível calcular as taxas por não haver cobertura 100% dessas variáveis nos dados do Censo Demográfico

o número de ocorrências no período tenha sido superior ao encontrado.

Ao compararmos os dados do presente estudo com os dados do SIH/SUS, foram observadas divergências significativas. Em 2007, em Feira de Santa-

Tabela 2. Características dos agressores e relação com a vítima de lesão por causas externas em Feira de Santana (BA), 2006-2008

Características	N	%
Sexo do agressor (n=2.652)		
Masculino	2.014	75,9
Feminino	638	24,1
Relação anterior com a vítima (n=2.345)		
Sim	1.916	81,7
Não	429	18,3
Relação vítima-agressor (n=2.172)		
Esposo(a)/companheiro(a)*	493	22,7
Pai/mãe	54	2,5
Padrasto/madrasta	25	1,1
Irmão(a)	78	3,6
Tio(a)/primo(a)	23	1,1
Namorado(a)	41	1,9
Ex-esposo(a)/ex-companheiro(a)	220	10,1
Vizinho(a)	126	5,8
Colega de escola	38	1,7
Conhecido(a)	866	39,9
Outros	208	9,6

Fonte: Próprios autores | *Companheiro(a) corresponde a união estável.

na, foram registrados no SIH/SUS 664 internações por acidentes de transporte, 3.012 por causas externas em razão de outros acidentes. No mesmo ano, os dados da Segurança Pública apresentaram 354 casos de lesões por acidentes de transporte e 44 casos relativos a outros acidentes.

Apesar das diferenças metodológicas e de objetivos na coleta e no processamento dos dados entre os dois setores, notam-se diferenças entre os dados, principalmente para os casos de agressões, visto que foram registrados no SIH/SUS 64 internações, enquanto no DPT

foram registrados 1.101 casos. Essa diferença mostra que, ao utilizar apenas dados do SIH/SUS para análise da morbidade por violência, o setor saúde não consegue dimensionar a sua magnitude.

Observou-se um aumento dos casos de morbidade por causas externas, nos anos de 2006 e 2007, caracterizado por maior ocorrência de casos entre mulheres,

Tabela 3. Características da agressão segundo tipo, motivo e instrumento usado para causar a lesão em Feira de Santana (BA), 2006-2008

Características	N	%
Tipo de agressão (n=2.980)		
Espancamento	1.875	62,9
Tentativa de homicídio	317	10,6
Violência sexual	20	0,7
Outros tipos de agressão física	768	25,8
Motivo da agressão (n=766)		
Discussão por bebida ou drogas	06	0,8
Discussão no trânsito	05	0,6
Discussão em família	165	21,5
Discussão com vizinho(a)	60	7,8
Discussão por ciúme	140	18,3
Ação policial*	221	28,9
Vítima de assalto/sequestro	12	1,6
Violência ou abuso sexual	20	2,6
Outros	137	17,9
Instrumento ou meio usado na produção da lesão (n=2.605)		
Arma branca	192	7,4
Arma de fogo	145	5,6
Pedaço de madeira	142	5,5
Barra de ferro	30	1,1
Socos/chutes/tapas	1.228	47,1
Pedra	99	3,8
Outros	769	29,5

Fonte: Próprios autores | *Intervenção legal.

fato que pode estar diretamente relacionado à promulgação da lei 11.340, no final de 2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, que proporcionou mais visibilidade à temática da violência contra a mulher, motivando o aumento do número de denúncias.

A análise de tipo de causa externa e sexo mostra predomínio do sexo masculino apenas no grupo de acidentes de transporte, enquanto as mulheres foram mais vitimadas por agressões e demais acidentes.

Os acidentes de transporte, que representaram 1/4 das ocorrências registradas no período, foram caracterizados por maior vitimização de pessoas jovens e do sexo masculino. Feira de Santana é um dos mais importantes entroncamentos rodoviários do Norte-Nordeste do Brasil, o que poderia explicar o grande número de acidentes registrados, além da introdução da motocicleta como meio de trabalho, visto que grande parte das pessoas envolvidas em acidentes de transporte são condutoras de motocicletas¹⁹.

O predomínio do sexo feminino entre as vítimas de agressão e masculino entre os agressores confirma a desigualdade de gênero nos relacionamentos, nos quais o homem exerce posição de domínio sobre suas companheiras, já que o agressor foi alguém com quem a vítima mantém ou manteve uma relação íntima.

Em relação à faixa etária das vítimas, os resultados deste estudo são semelhantes aos estudos de mortalidade e internações hospitalares por causas externas, que apresentam maior ocorrência na faixa etária de 20 a 29 anos^{5,18}.

As agressões foram responsáveis por grande parte das ocorrências entre vítimas de 0 a 9 anos e 10 a 19 anos. Essa vivência negativa e precoce de vitimização por atos violentos pode repercutir por toda a vida da vítima, fenômeno caracterizado como ciclo de violência, que confere às vítimas maior propensão quando adultas à delinquência, à criminalidade e ao comportamento violento, quando comparadas a crianças que não sofreram violência²².

Outro aspecto importante na descrição do perfil das vítimas de violência diz respeito às disparidades raciais encontradas, que mostraram que 96% das vítimas eram negras (87% pardas e 9% pretas). A ocorrência dentro dos grupos étnicos confirma as disparidades, visto que a taxa de ocorrência entre a população branca foi 1,31, enquanto entre os pardos foi 10,6 (Tabela 1). Tal fenômeno também é observado em estudos de mortalidade por causas externas no Brasil^{1,2} e também nos EUA^{17,21}. Esses estudos ampliam a análise desse fenômeno para além das causas em nível individual, demonstrando a relação e a importância dos contextos estruturais no entendimento das disparidades raciais na morbimortalidade por violência.

Despertou a atenção o grande número de agressões provocadas pela ação policial/intervenção legal. Apesar do caráter “legal” de muitas ocorrências policiais que resultaram em lesões corporais, observa-se que existe no Brasil certa tolerância à manipulação dos corpos, fazendo com que ações violentas sejam legitimadas para punir supostos criminosos e categorias sociais tidas como perigosas ou passíveis de controle¹⁶. Esse quadro em que a desigualdade na efetivação dos direitos sociais e econômicos se sobrepõe diretamente à violação de direitos é visto como um fator de intensificação do ciclo de violência¹⁸.

O uso da violência como forma de resolução de conflitos pode ser evidenciado quando analisado o tipo de agressão, sendo o espancamento a forma mais frequente e os socos/chutes/tapas o principal meio para produção da lesão/agressão. O baixo número de ocorrências registradas de violência sexual durante o período foi um fator relevante. No Rio de Janeiro, em 35% dos casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes não foi efetuado nenhum tipo de exame pericial para investigar a veracidade do fato¹¹. Além disso, a maioria das agressões ocorre em ambientes familiares com agressores próximos às vítimas, com vínculo sentimental ou hierárquico, e estas nem sempre denunciam ou procuram atendimento médico.¹³

A realização de outros estudos de morbidade que possam confrontar os registros de agressão feito pelas delegacias com os registros de exames de “corpo de delito” poderão retratar de forma mais ampla essa realidade.

Conclusão

Houve crescimento do número de casos de morbidade por causas externas registrados no DPT no período do estudo, com maior pico em 2007 e aumento de ocorrências entre as mulheres. No geral, o perfil das vítimas se caracterizou pelo predomínio de pessoas solteiras, de raça/cor negra, escolaridade menor ou igual ao ensino fundamental completo, religião católica e naturais do município em estudo. Foi observada maior vitimização de jovens do sexo masculino por acidentes de transporte, enquanto as mulheres foram mais vitimadas por agressões e demais acidentes.

O espancamento correspondeu à forma mais frequente de agressão, e os socos/chutes/tapas os principais meios para produção das lesões. As violências intencionais mostraram-se mais frequentes entre crian-

ças e adolescentes de 10 a 19 anos. Os indivíduos do sexo masculino representaram os principais agressores e o motivo da agressão consistiu em informação bastante negligenciada nos laudos. A ação policial/intervenção legal provocou quase um terço dos casos de agressões atendidos pelo DPT.

Evidenciou-se a iminente necessidade de melhoria da qualidade da informação gerada pelo boletim de ocorrência policial e laudo do exame de “corpo de delito”.

Os registros dos atendimentos de exame de “corpo de delito” isoladamente, assim como os registros das internações hospitalares em razão de acidentes e violências, não retratam a totalidade da morbidade por causas externas. Faz-se necessário que os casos que não geraram internação hospitalar sejam captados pelos sistemas de informação em saúde. Dessa maneira, os serviços de urgência e emergência do SUS poderão ser mais bem planejados e as políticas públicas que visem à prevenção da violência e à promoção da cultura da paz melhor direcionadas.

Referências

1. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA, Oliveira NF. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):405-12.
2. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):71-80.
3. Caldeira TPR. Cidade de muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo. São Paulo: Edusp; 2000.
4. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 Supl 11;1162-1178.
5. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(4):995-1003.
6. Holder YPM, Krug E, Lund J, Gururaj G, Ko-Busingye O. Injury surveillance guidelines [monografia na internet]. Geneva: World Health Organization; 2001. [acesso em 10 mar 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/gender/violence>.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Informações sobre as cidades. [monografia na internet]. Rio de Janeiro; [acesso em 27 jan 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow>

8. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision (ICD-10) Version for 2010 [Internet]. [acesso em 10 fev 2013]. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/V01-V09>
9. Minayo MCS, Souza ER. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
10. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, DF;2005.
11. Njaine K, Souza ER, Minayo MCS, Assis SG. A produção da (des) informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. Cad Saúde Pública. 1997;13(3):405-414.
12. Noronha CV, Almeida PH, Santos LD. Violência e saúde: magnitude e custos dos atendimentos de emergência na cidade de Salvador, Bahia [Relatório de pesquisa]. Salvador: UFBA/ISC/DFID/SESAB; 2003.
13. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. Cad Saúde Pública. 2005;21:192-9.
14. Reinchenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. The Lancet. 2011; 377(9781):1962-1975.
15. Rodrigues RI, Cerqueira DRC, Lobão WJA, Carvalho AXY. Custo da violência para o sistema de saúde no Brasil. Brasília: IPEA, 2007.
16. Ruotti C, Freitas TV, Almeida JF, Peres MFT. Graves violações de direitos humanos e desigualdade no município de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2009;43(3):533-40.
17. Sampson RJ, Morenoff JD, Raudenbush S. Social anatomy of racial and ethnic disparities in violence. Amer J Publ Health. 2005;95(2):224-32.
18. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. Ciênc Saúde Coletiva. 2007 Supl 11;1211-22.
19. Souza MFM. A análise de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2007;16(1):33-44.
20. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2011. Os jovens do Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2011.
21. West CM. Black women and intimate partner violence: new directions for research. J Interpersonal Violence. 2004;19(12):1847-1493.
22. Widom CS. The cycle of violence. Science New Series. 1989;244(4091):160-6.

Limitações no atendimento, pelas delegacias especializadas, das mulheres que sofrem violência sexual*

Limitations in the assistance to women who suffer sexual violence by the Specialized Police Stations

Maria José Duarte Osis ^I, Karla Simônia de Pádua ^{II}, Aníbal Faúndes ^{III}

Resumo

Neste artigo, descrevem-se as condições de funcionamento das Delegacias Especializadas de Atendimento a Mulheres (DEAMs), sua articulação com outras instituições e a perspectiva de delegados(as) sobre as atribuições e o papel dessas delegacias no atendimento a mulheres que sofrem violência sexual (VS). Foram entrevistados(as), por telefone, 419 delegados(as) de todo o país. A maioria informou que a delegacia não dispunha de sala privativa para atender as mulheres (60%), que o pessoal não havia sido treinado para esse atendimento (80%) e que este estava articulado com Conselho Tutelar (90%), Instituto Médico Legal (81%) e serviços de saúde (69%). Apenas 49% disseram que no município havia uma rede de atendimento para as mulheres que sofrem VS. As principais barreiras para o atendimento foram: falta de recursos humanos adequados (69%), recursos materiais e infraestrutura (50%) e de integração entre instituições que atendem as mulheres. Em geral, os(as) delegados(as) manifestaram uma perspectiva tradicional da cultura policial quanto ao papel das delegacias no atendimento às mulheres que sofrem violência sexual. Percebe-se que as DEAMs em todo o país ainda apresentam limitações importantes para atenderem as mulheres que sofrem VS em sintonia com as políticas públicas atualmente em vigor.

Palavras-chave: Violência Sexual, Violência contra Mulheres, Polícia

Abstract

In this article, the operational conditions of the Delegacias Especializadas de Atendimento a Mulheres (DEAMs) are described, as their coordination with other institutions, and the perspective of police officers about their duties and the role of DEAMs in caring for women who suffer sexual violence (SV). Telephonic interviews were carried out with 419 police officers across the country. The majority of the respondents said that DEAMs there was no room to assist women in private (60%), the officers had not been trained to take care of women (80%); and the assistance was linked to the Council for the Protection of Minors (90%), Institute of Forensic Medicine (81%) and health services (69%). Only 49% said that the municipality had a network for the care of women who suffer SV. The main barriers for the care were lack of adequate human resources (69%), equipment and infrastructure (50%) and lack of integration with other institutions. In general, the respondents expressed a traditional investigative culture in their view about the role of the DEAMs in caring for women who suffer SV. DEAMs still have important limitations for the provision of appropriate care to these women in accordance with the public policies currently in effect.

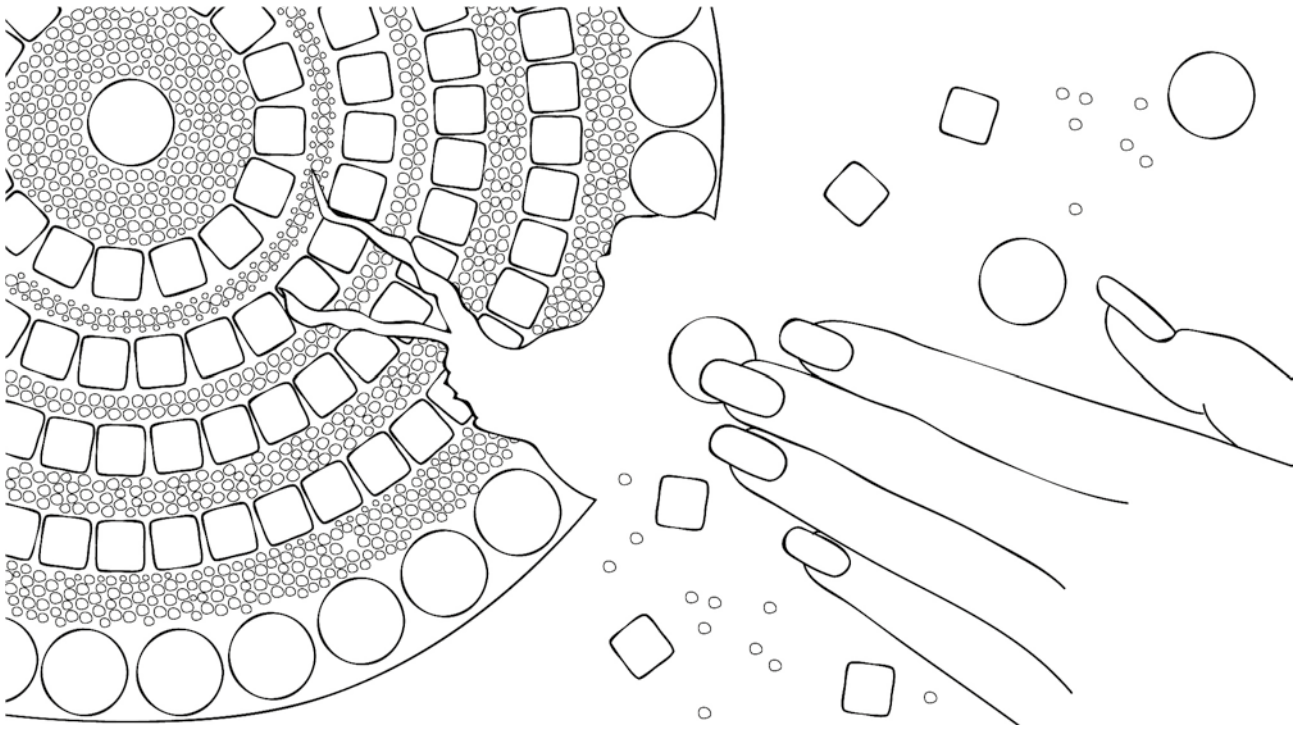
Keywords: Sexual Violence, Violence against Women, Police

* Resultados de pesquisa desenvolvida pelo Cemicamp Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas, com recursos do Convênio 078/2010 com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República.

^I Maria José Duarte Osis (mjosis@cemicamp.org.br) é graduada em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e pesquisadora no Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (Cemicamp).

^{II} Karla Simônia de Pádua (simonia@unicamp.br) é mestre pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e pesquisadora Do Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (Cemicamp).

^{III} Aníbal Faúndes (afaundes@unicamp.br) é médico e pesquisador Do Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (Cemicamp).



Introdução

A violência sexual contra mulheres é um problema que afeta toda a sociedade brasileira e tem motivado várias ações governamentais e não governamentais no sentido de preveni-la, puni-la e de prover atenção às mulheres que vivenciam esse tipo de situação. O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres³ tem, entre seus objetivos, “o reconhecimento da violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica, que expressa a opressão das mulheres que precisa ser tratada como questão de segurança, justiça e saúde pública”. Entre as ações voltadas a alcançar esse objetivo, enfatiza-se a necessidade de que esse problema seja tratado por uma rede de serviços que possa prover atenção integral às mulheres nessas condições. Essa rede deve incluir serviços de saúde, assistência social e de segurança pública^{4,12}.

As Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) podem desempenhar um papel fundamental na rede de serviços que atende mulheres que sofrem violência sexual, pois são, com frequência, o primeiro local procurado por essas mulheres – ou ao qual elas são levadas. Entretanto, há alguns indícios de que o atendimento das DEAMs a esses casos ainda não está adequado aos parâmetros estabelecidos pelas políticas

públicas. Alguns estudos referem que, não raramente, as mulheres são tratadas de maneira preconceituosa ou até mesmo discriminadora quando precisam recorrer a essas delegacias, em especial quando se trata de realizar boletim de ocorrência por estupro, como parte do processo para obter um aborto legal^{9,14}. Além disso, há evidências de que as DEAMs têm problemas quanto à falta de recursos humanos e materiais para o seu funcionamento, assim como falta de capacitação de funcionários para atuarem de maneira qualificada⁶.

A situação aqui descrita tem mobilizado a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República (SEPM/PR), no sentido de criar condições favoráveis para que as DEAMs cumpram seu papel nas redes de atendimento a mulheres que sofrem violência, incluindo a violência sexual. Em 2006 foi publicada a Norma Técnica de Padronização das Delegacias de Atendimento à Mulher, previamente debatida em um Encontro Nacional de Delegadas. Logo em seguida à sua publicação, essa norma foi revisada para se adequar aos parâmetros estabelecidos pela Lei Maria da Penha, que também entrou em vigor em 2006.⁴ Em 2010 foi publicada a nova versão da norma⁷, que reafirma que as atividades das DEAMs têm caráter preventivo e repressivo, razão pela qual devem realizar ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento

legal, pautadas no respeito aos direitos humanos e nos princípios do Estado Democrático de Direito. Enfatiza-se que as ações das DEAMs devem ocorrer com base no princípio do atendimento integral às mulheres, de maneira articulada com outras instituições, e que se estabeleça junto à rede de serviços uma rotina de referência para monitorar os serviços prestados às mulheres encaminhadas. A norma determina que as mulheres sejam atendidas de forma especializada, com privacidade, que recebam orientações sobre medidas futuras e que tenham acesso a todos os demais serviços da rede de atendimento, desde centros de referência até a justiça, passando pelo Instituto Médico Legal (IML), serviços de saúde e de assistência social.

Embora a publicação de normas seja uma condição necessária, não é suficiente para provocar as ações desejadas, razão pela qual é necessário verificar o seu grau de cumprimento, assim como os problemas que impedem sua total aplicação e as propostas de solução na visão daqueles diretamente implicados. As únicas informações sistematizadas disponíveis a respeito da organização e das ações das DEAMs são resultados de pesquisa realizada pela Secretaria Executiva do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, em parceria com a Secretaria Nacional de Segurança Pública, cujos dados foram colhidos entre os anos 2000 e 2001¹³, muito antes da publicação da norma atual. Este artigo apresenta resultados de uma pesquisa que teve como objetivo avaliar como estão equipadas as DEAMs, como estão compostas as equipes de profissionais que nelas atuam, quais os procedimentos e as dificuldades enfrentadas pelos policiais para o atendimento das mulheres que sofrem violência sexual. Também se investigou a articulação das DEAMs com outros serviços e a perspectiva dos(as) delegados(as) sobre as atribuições e o papel das DEAMs nesse atendimento.

Sujeitos e métodos

Foi realizado um estudo descritivo, de corte transversal, com coleta de dados por meio de questionários estruturados aplicados por telefone a delegados(as) das DEAMs de todo o país.

A coleta de dados aconteceu entre 17/9/2010 e 5/4/2011. Na página web da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República (SEPM/PR), foram identificadas 471 DEAMs, seções e postos especializados no atendimento às

mulheres (https://sistema3.planalto.gov.br//spmu/atendimento/atendimento_mulher.php?uf=TD). Em seguida, fez-se um primeiro contato para identificar as(os) delegadas(os) e agendar as entrevistas. Nessa ocasião, verificou-se que havia sete DEAMs cujo registro estava duplicado, cinco já não existiam, duas delas não atendiam mulheres; com outras três nunca se conseguiu estabelecer contato. Do conjunto das demais delegacias contatadas (454), ao final foram entrevistados(as) 419 delegados(as) ou pessoas que, no momento da pesquisa, estavam respondendo pelas DEAMs, pois 34 delegados(as) recusaram a entrevista, e em uma delegacia não havia delegado(a) nem qualquer outra pessoa responsável no período da coleta de dados.

As entrevistas foram feitas por telefone, com gravação e digitação simultânea em banco de dados especialmente preparado para este estudo. Utilizou-se um questionário estruturado, pré-testado, constituído de cinco seções: caracterização do(a) entrevistado(a); infraestrutura e recursos humanos da unidade/delegacia; fluxo do atendimento e procedimentos adotados no atendimento a mulheres que sofrem violência sexual; atendimento e procedimentos adotados nos casos de estupro; perspectiva sobre o papel das DEAMs no atendimento das mulheres que sofrem violência sexual. Esta última seção foi composta por sete afirmações com relação às quais se perguntava se a pessoa entrevistada concordava ou não. Seis afirmações foram baseadas no que a Norma Técnica de Padronização das Delegacias de Atendimento à Mulher⁷ estabelece como papel das DEAMs nesse atendimento; uma afirmação se referiu ao papel que as delegacias têm ao atender uma mulher que já sofreu violência há mais tempo, mas só procurou a delegacia/unidade quando se viu grávida em consequência da violência sofrida e quer ter acesso ao aborto legal.

O banco de dados passou por análise de consistência interna, quando foram corrigidas as inconsistências. Sempre que necessário, realizou-se nova escuta das entrevistas gravadas. Procedeu-se à análise descritiva dos dados e foram preparadas tabelas de distribuição de frequências das variáveis¹.

O protocolo da pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Parecer 432/2010 (Anexo⁵). Durante o seu desenvolvimento, foram obedecidas as diretrizes estabe-

lecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos⁵. Somente participaram da pesquisa pessoas que assim o desejaram e demonstraram sua vontade por meio de consentimento oral ou via telefone, em vista do desenho do estudo. O nome das pessoas entrevistadas não foi registrado nas gravações, as quais receberam apenas um código numérico.

Resultados

A grande maioria das pessoas entrevistadas eram mulheres (85%) e atuavam em delegacias/unidades situadas no interior dos estados (89,5%). Cerca de dois quintos (41,3%) dos(as) entrevistados(as) atuavam em delegacias/unidades da Região Sudeste e apenas 9,3% na Região Norte; a proporção de entrevistados(as) nas demais regiões esteve entre 15% e 17%. Pouco mais de três quartos (79%) das pessoas eram delegados(as) titulares, e pouco mais de dois quintos (43%) referiram atuar na mesma delegacia por período entre um e quatro anos, enquanto cerca de um quarto (26,3%) estava na mesma delegacia há menos de um ano.

Segundo os(as) entrevistados(as), todas as delegacias/unidades dispunham de computadores e quase todas (97,6%) tinham impressora. Porcentagens acima de 80% referiram que em sua delegacia/unidade havia telefone/fax, veículos caracterizados, acesso à Internet e à Rede Infoseg. Metade ou menos informou que havia central fixa de rádio, rádios de mão (HT) e veículos não caracterizados. Na grande maioria das delegacias, havia sala para o(a) delegado(a) na área de coordenação (87,1%) e sala de registro (79,5%); em 43,4% das delegacias, foi referida a existência de sala específica para espera das vítimas na recepção; em 17,7% referiu-se existência de sala de espera específica para agressores; e apenas 2,9% informaram existência de salas de exames na própria delegacia. A maior parte dos(as) entrevistados(as) disse que a delegacia/unidade atendia de segunda a sexta-feira (83,5%). Quanto ao horário de funcionamento, 43,9% referiram ser das 8 às 18 horas; porém, quase a mesma porcentagem informou outras combinações de horário. Apenas 12,9% afirmaram que a delegacia/unidade funcionava 24 horas por dia. Em média, nas delegacias/unidades incluídas no estudo havia um delegado, dois escrivães, de três a quatro investigadores e um funcionário de apoio administrativo. A grande maioria (80,4%) dos(as) delegados(as) afirmou que o pessoal que atuava na delegacia/unidade

não havia sido treinado para atender mulheres que sofrem violência sexual.

Também foram feitas perguntas aos(às) delegados(as) sobre as condições em que era feito o atendimento das mulheres que iam registrar a ocorrência de violência sexual. Três quartos (77,1%) referiram que as mulheres chegavam espontaneamente à delegacia/unidade e dois quintos (39,8%) afirmaram que havia uma sala privada para atender essas mulheres.

Quanto aos funcionários que faziam o acolhimento das mulheres que haviam sofrido violência sexual, um terço dos informantes (33,8%) relatou que era o(a) próprio(a) delegado(a); 39,7% disseram que isso era atribuído ao(à) escrivão(ã) e 22,2% mencionaram o(a) investigador(a). Cerca de um terço (36,5%) disse que o boletim de ocorrência era registrado pelo(a) escrivão(ã), e proporções em torno de 22% referiram o(a) investigador(a) ou qualquer funcionário de plantão. Três quartos (77,3%) dos(as) delegados(as) disseram que era feito boletim de ocorrência online. A grande maioria (91,9%) relatou que se solicitava às mulheres que detalhassem as circunstâncias em que ocorreu o crime, e 66,8% disseram que era pedido que elas descrevessem o agressor (Tabela 1).

A respeito da articulação do atendimento dado às mulheres que sofrem violência sexual nas delegacias/unidades com outros órgãos ou instituições, 90,5% dos(as) delegados(as) referiram que estava articulado com o Conselho Tutelar, 81,4% apontaram o IML, 68,7% mencionaram serviços de saúde do município e 56,8% centros de referência em assistência social (Creas). Cerca da metade (49,2%) dos(as) entrevistados(as) disse que havia no município uma rede de serviços para atendimento de mulheres que sofrem violência sexual. Dentre esses(as), 70,9% referiram que não havia formulários padronizados para encaminhamento das mulheres a outras instituições participantes da rede; 51,9% afirmaram que solicitavam retorno das instituições e/ou serviços para os quais encaminhavam as mulheres; e 81,3% desses referiram receber esse retorno (Tabela 2). Quase a metade (47,8%) dos(as) delegados(as) que disseram que não solicitavam retorno dos encaminhamentos justificou que “para o trabalho policial não é necessário”.

A grande maioria dos(as) delegados(as) entrevistados(as) disse que, quando uma mulher registrava a ocorrência de um estupro, em seguida era encaminhada para o IML (91,4%) e/ou para um serviço de saúde (89,5%). Praticamente todos os(as) entrevistados(as) disseram que, nessa

Tabela 1 - Características do atendimento dado às mulheres que vão à DEAM registrar a ocorrência de violência sexual, segundo delegados(as) entrevistados(as)

Características	n°	%
Como as mulheres chegam à DEAM para registrar a ocorrência de violência*		
Espontaneamente	323	77,1
Trazidas pelo Conselho Tutelar	28	6,7
Trazidas pela Polícia Militar	21	5,0
Encaminhadas por serviços de saúde	12	2,9
Encaminhadas por outras unidades/delegacias	7	1,7
Encaminhadas por ONG ou outras instituições semelhantes	3	0,7
Outra maneira	25	6,0
Existência de sala privada para atendimento das mulheres		
Sim	165	39,4
Não	254	60,6
Funcionário que faz o acolhimento*		
Escrivão(ã)	166	39,6
Delegada(o)	137	32,7
Investigador(a)	93	22,2
Qualquer funcionário de plantão	76	18,1
Apoio administrativo	21	5,0
Outro	148	35,3
Não souberam informar	1	0,2
Funcionário que registra o Boletim de Ocorrência*		
Escrivão(ã)	153	36,5
Qualquer funcionário de plantão	95	22,7
Investigador(a)	94	22,4
Apoio administrativo	15	3,6
Delegada(o)	14	3,3
Outro	139	33,2
Boletim de ocorrência online		
Sim	325	77,6
Não	91	21,7
Não sabiam informar	3	0,7
O que é solicitado que as mulheres detalhem durante o registro do Boletim de Ocorrência*		
Circunstâncias em que ocorreu o crime	385	91,9
Descrição do autor do crime/agressor	280	66,8
Arrolar testemunhas, se tiver	44	10,5
Outro	35	8,4
Não souberam informar	1	0,2
Total	419	

* Cada entrevistado(a) podia dar mais de uma resposta.

Tabela 2 - Características da coordenação do atendimento das DEAMs com outras instituições, segundo delegados(as) entrevistados(as)

Características	n°	%
Atendimento coordenado com*		
Conselho Tutelar	379	90,5
IML	341	81,4
Serviços de saúde do município**	288	68,7
Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)****	238	56,8
Outras delegacias de polícia*	207	49,4
Casa abrigo, em caso de risco de morte***	193	46,1
Centros de Referência para o atendimento às mulheres que sofrem violência sexual****	178	42,5
Existência de rede no município para o atendimento às mulheres que sofrem violência		
Sim	206	49,2
Não	200	47,7
Não souberam informar	13	3,1
Total	419	
Existência de formulário padronizado para o encaminhamento à rede de atendimento		
Sim	58	28,2
Não	146	70,9
Não souberam informar	2	1,0
Como é feito o encaminhamento à rede de atendimento*		
Via ofício/ficha/formulário/guia	149	72,3
Via telefone	41	19,9
Alguém leva a mulher	21	10,2
Outros	23	11,2
Não souberam informar	2	1,0
Solicitação de retorno dos órgãos/instituições/serviços de saúde sobre atendimento dado às mulheres encaminhadas		
Sim	106	51,5
Não	97	47,1
Não souberam informar	3	1,5
Total	206	
Razões para não solicitar o retorno dos órgãos/instituições/serviços de saúde sobre atendimento dado às mulheres encaminhadas*		
Para o trabalho policial não é necessário	44	47,8
Por falta de pessoal/não tem serviço social	10	10,9
Está em fase de implantação/ainda há dificuldades	3	3,3
Outro	26	28,3
Não souberam informar	11	12,0
Total*****	92	
Recebimento das informações solicitadas		
Sim	86	81,1
Não	4	3,8
Às vezes	16	15,1
Total	106	100,0

Não souberam informar: * 2 pessoas; ** 3 pessoas; *** 5 pessoas; **** 10 pessoas; ***** 14 pessoas;
 Faltou informação: ***** 5 pessoas.

* Cada entrevistado(a) podia dar mais de uma resposta.

ocasião, as mulheres também eram orientadas sobre o direito de interromper a gestação caso viessem a engravidar em consequência da violência sofrida; 84,1% afirmaram que a orientação era dada oralmente, 6,3% que era dada por escrito e 8,9% disseram que orientavam de ambas as maneiras. Dois quintos dos(as) delegados(as) (40,3%) mencionaram encaminhar a mulher para algum serviço que fazia o aborto legal.

Segundo os(as) delegados(as), as três principais barreiras enfrentadas pelas DEAMs para atender as mulheres que sofrem violência sexual eram: falta de pessoal/de pessoal capacitado/falta de reciclagem/treinamento (68,9%); falta de equipamentos/falta de estrutura física/falta de veículos (49,8%); falta de integração entre os órgãos/falta local para onde encaminhar/falta casa-abrigo (31,8%). Conseqüentemente, os três principais fatores apontados como os que facilitariam o atendimento referem-se à superação dessas barreiras: ter mais pessoal/atendimento psicológico/assistente social/atendimento jurídico/cursos de capacitação/treinamento (76,6%); ter estrutura física/equipamentos/veículos (41,1%); ter rede de atendimento/integração entre os órgãos (25,8%).

Quando se investigou a perspectiva dos(as) delegados(as) acerca do papel das DEAMs no atendimento das mulheres que sofrem violência sexual, a grande maioria (proporções acima de 80%) concordou com o que se encontra na norma técnica. Além disso, 89% concordaram que “é papel das DEAMs investigar a veracidade das informações dadas pelas mulheres que vão fazer o boletim de ocorrência para poder solicitar a interrupção da gestação, já tendo decorrido mais tempo desde a violência sofrida”.

Discussão

Os resultados aqui apresentados permitem dizer que as DEAMs em todo o país ainda apresentam limitações importantes para poder dar atendimento adequado às mulheres que sofrem violência sexual. O estudo mostra que essas delegacias não estão preparadas para prestar esse atendimento, visto que em 80% delas o pessoal não havia recebido treinamento para dar o acolhimento necessário. Os(as) próprios(as) delegados(as) identificaram essa deficiência como a principal barreira para um atendimento adequado, segundo 70% deles(as). A falta de treinamento e orientação do pessoal das DEAMs se reflete na forma de atendimento descrita pelos(as) informantes, que revela ausência de rotinas definidas, visto que o acolhimento das mulheres é feito por diferentes funcionários, quase que aleatoriamente, e 70% dos(as) entrevistados(as) referiram

que não há formulário padronizado para fazer encaminhamento a outras instituições.

Talvez mais importante seja a falta de orientação específica para atender essas mulheres, a qual se manifesta na resposta diante da afirmação proposta pelos pesquisadores de que “é papel das DEAMs investigar a veracidade das informações dadas pelas mulheres que vão fazer o boletim de ocorrência para poder solicitar a interrupção da gestação, já tendo transcorrido mais tempo desde a violência sofrida”. Nove de cada dez delegados(as) estiveram de acordo, o que revela coerência com a conduta habitual da polícia de realizar investigações, mas é incoerente em relação ao conceito de que um estupro ocorrido há mais tempo é um crime quase que impossível de comprovar e que depende fundamentalmente da declaração da vítima.

Percebe-se, portanto, que ainda que os(as) delegados(as) reconhecessem o direito das mulheres de solicitarem a interrupção da gestação resultante da violência sofrida, pois a grande maioria disse informá-las desse direito, tendiam a não considerar como suficiente a palavra delas de que haviam sido estupradas. A atitude de considerar necessário verificar a veracidade da informação dada pela mulher reflete as marcas das perspectivas de gênero consolidadas em nossa sociedade, as quais levam a duvidar da palavra das mulheres em muitas circunstâncias. Confirma-se a necessidade de que as DEAMs recebam o treinamento necessário para ficar em sintonia com as políticas públicas atualmente em vigor de enfrentamento da violência sexual contra as mulheres^{3,6}.

Outra limitação importante na atuação das DEAMs junto às mulheres que sofrem violência sexual, talvez tão importante como a falta de treinamento do pessoal que nelas trabalha, é o fato de que apenas uma de cada oito delegacias atendia durante as 24 horas do dia. As demais trabalhavam de segunda a sexta até as 18 horas, ou seja, não têm condições de atender justamente nos fins de semana e à noite, que é quando ocorre a maior parte das agressões sexuais segundo estudos já publicados^{10,13}.

Outra barreira para o bom atendimento das mulheres, apontada por quase 50% das pessoas entrevistadas, parece ser a inadequação da planta física das delegacias, visto que menos de 40% dos(as) delegados(as) referiram que dispunham de uma sala privada para fazer esse atendimento. Podemos imaginar a dificuldade que tem uma mulher estuprada de dar detalhes sobre

essa violência num local onde qualquer pessoa pode estar presenciando e/ou escutando esse relato. Já sabemos que para muitas mulheres essa é uma violência comparável ao próprio estupro sofrido¹⁴.

Quando se comparam os resultados do levantamento aqui apresentado com o que se observou em pesquisa realizada uma década atrás¹³, percebe-se que problemas evidenciados naquela ocasião ainda persistiam por ocasião deste estudo. Isto pode refletir a não priorização do aparelhamento adequado das DEAMs em relação a outros tipos de delegacias por parte das autoridades de segurança pública, por não valorizarem devidamente o seu trabalho. Vale lembrar que os(as) policiais entrevistados(as) por Silva¹³ naquela ocasião referiram ter essa mesma opinião quando falaram das dificuldades enfrentadas pelas DEAMs.

Outro aspecto importante evidenciado nesta pesquisa é o relativo isolamento do trabalho das DEAMs com mulheres que sofrem violência sexual. Embora a maior parte referisse encaminhar as mulheres ao IML e/ou Conselho Tutelar, e dois terços afirmassem encaminhar a serviços de saúde, isto não revela um trabalho coordenado, já que menos da metade dos(as) delegados(as) informou que no município existia uma rede de atendimento à mulher agredida sexualmente. Reforçando a relevância desse problema, uma quarta parte dos(as) próprios(as) delegados(as) identificou a falta de uma rede municipal de atendimento como uma das barreiras para dar melhor acolhida a essas mulheres. Além disso, não sabemos quão bem coordenadas eram essas redes quando existiam, pois mesmo quando mencionaram que havia redes, os(as) entrevistado(as) não referiram a existência de fluxos estabelecidos para o encaminhamento das mulheres atendidas. Ademais, parece que não era frequente entre eles(as) a percepção da necessidade de tais fluxos, pois entendiam que “não é necessário para o trabalho policial”.

Essa situação também reforça a constatação acerca da escassez e da fragilidade das redes de proteção para as mulheres que sofrem violência sexual no Brasil. A perspectiva de trabalhar em redes para atender adequadamente as mulheres parece que ainda não foi suficientemente incorporada à mentalidade de trabalho das DEAMs. Entretanto, sabe-se que essa não é uma dificuldade exclusiva dessas instituições, mas é também observada no âmbito dos outros atores/serviços que precisam estar articulados para prover o atendimento em rede, especialmente os serviços de saúde^{11,12}. A in-

tegração dos serviços de saúde com os de segurança pública ainda não se dá de maneira satisfatória, o que repercute negativamente na atenção brindada às mulheres que sofrem violência sexual¹⁴.

No entanto, o estudo também permite apontar aspectos positivos do atendimento prestado pelas delegacias especializadas de atendimento à mulher. A boa disposição do pessoal das DEAMs para prestar um correto atendimento às mulheres que sofrem violência sexual fica evidenciado pela grande maioria que concorda com afirmações como “as DEAMs devem encaminhar as mulheres que sofrem violência sexual aos serviços de saúde para que recebam o atendimento necessário”; “devem estar articuladas com outras instituições e/ou serviços que atendem mulheres que sofrem violência sexual”; “em locais onde não existam redes de atendimento devem propiciar o auxílio necessário”. Mais importante ainda, nove de cada dez delegados(as) estiveram de acordo em que “é papel das DEAMs informar às mulheres que sofrem estupro acerca de seu direito legal de interromper a gestação caso engravidem por consequência da violência”.

Em resumo, as DEAMs não estão cumprindo plenamente o papel que se lhes atribui em defesa dos direitos e da segurança das mulheres^{3,4,7}, apesar da boa disposição do pessoal que as integra. Só poderão cumprir cabalmente esse papel mediante um importante investimento em treinamento e motivação desse pessoal e verificando se há necessidades de complementação ou adaptação dos locais onde funcionam.

Por último, mas igualmente importante, deve-se reiterar que as DEAMs não podem cumprir cabalmente suas funções isoladamente e que é preciso continuar com os esforços para que os municípios organizem redes de atendimento que integrem os diversos órgãos da comunidade nas áreas da saúde, educação e assistência social, além da justiça e da segurança pública. Só assim as mulheres que sofrem violência sexual poderão estar recebendo a proteção e a ajuda de que precisam.

Referências

1. Altman DG. Practical statistics for medical research. New York: Chapman & Hall; 1999.
2. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília (DF); 2005.
3. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres. Brasília (DF); 2008.
4. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Com todas as mulheres, por todos os seus direitos. Brasília (DF); 2010
5. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de Outubro de 1996 [resolução na internet]. [acesso em 26 mar 2013]. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>.
6. Mello e Souza C, Adesse L, organizadores. Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2005.
7. Ministério da Justiça. Norma técnica de padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres – DEAMs. Brasília(DF):SEPM; 2010
8. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3.ed. atual. ampl. Brasília (DF); 2012.
9. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, von Kossel K, Morelli K, Botelho LFF, Stoianov M. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Rev Saúde Pública. 2005; 39(3): 376-82.
10. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. Cad Saúde Pública. 2005; 2 (1): 192-9.
11. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. Rev Saúde Pública. 2012; 46 (2): 351-8.
12. Rosa e Campos MAM, Schor N, Anjos RMP, Laurentiz JC, Santos DV, Peres F. Violência sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. Saúde Soc. 2005; 14 (1): 101-9.
13. Silva K. As DEAMs, as corporações policiais e a violência contra as mulheres: representações, dilemas e desafios. Rev Brasil Segurança Pública. 2012; 6 (1): 132- 54.
14. Villela W, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento às mulheres que sofreram violência sexual. Cad Saúde Pública. 2007; 23(2):471-5.

Violência associada ao uso de álcool e outras drogas: olhares da Justiça e da Saúde

Violence associated to the alcohol and other drugs' users: look of the both Justice and Health

Helton Alves de Lima ^I, Maria de Lima Salum e Morais ^{II}, Tereza Etsuko da Costa Rosa ^{III},
Marisa Feffermann ^{IV}, Carlos Tato Cortizo ^V, Siomara Roberta de Siqueira ^{VI}

Resumo

O consumo abusivo de álcool e outras drogas tem sido apontado como uma importante questão a ser enfrentada pelos diferentes setores da sociedade. Os agravos e os danos à saúde relacionados ao consumo de substâncias psicoativas apontam para a existência de eventos acidentais e de situações de violência associados aos contextos de uso prejudicial de álcool e outras drogas existentes em diferentes grupos sociais. Considerando a atualidade da inclusão da questão do álcool e drogas na agenda da Saúde Pública, o presente artigo tem como objeto de análise um conjunto de entrevistas aplicadas a atores envolvidos direta ou indiretamente na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, abordando a questão das internações compulsórias e da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no estado de São Paulo. Os atores deste estudo são gestores/articuladores regionais da Saúde e promotores e juizes. Ao tecer considerações acerca das práticas jurídicas e das práticas de Saúde direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas, procuramos levantar no conteúdo dos discursos dos entrevistados possíveis referências a situações de violência que tais atores encontraram em seu cotidiano de trabalho e que, portanto, os convidaram a dar respostas e soluções a tais situações. As situações de violência envolvendo usuários de álcool e outras drogas e seus familiares exigem dos profissionais e das políticas públicas um olhar atento, pois representam uma complexa problemática social que demanda intervenções estruturadas por parte do Poder Público, indicando a necessidade de diálogo e parceria entre esses diferentes campos.

Palavras-chave: Violência,
Drogas, Internações

Abstract

The abuse of alcohol and other drugs has been touted as an important issue faced by different sectors in the society. The injuries and damage to people health related to consumption of psychoactive substances have been pointing out to both the accidental events and violence situations that are associated to harmful use of alcohol and other drugs in different social groups. Whereas the relevance of those social issues on the Public Health agenda, this current article intends to analyse a set of interviews with people involved in to help alcohol and other drugs' users as well as their families, addressing the issue of compulsory admissions and care network alcohol and other drugs' users in the São Paulo state. The people of this study are managers / organizers of Health, regional prosecutors and judges. In order to consider the legal practices and Health practices directed to alcohol and other drugs' users, we have sought references to violence in the interviewed's daily work who were invited to sort out these situations. The violence situations that involves alcohol and other drugs' users and their families require professionals and public policy a watchful eye, because they represent a complex social problem that demands structured interventions by the Government, indicating the need for dialogue and partnership between these different fields.

Keywords: Violence,
Drugs, Admissions

^I Helton Alves de Lima (lima_helton@yahoo.com.br) é psicólogo, com aprimoramento profissional em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde, e residente em Saúde Mental e Dependência Química no Instituto de Psiquiatria/Hospital das Clínicas/Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

^{II} Maria de Lima Salum e Morais (salum@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, mestre e doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo, pesquisadora científica e docente do Mestrado Profissional do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo.

^{III} Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, mestre e doutora em Saúde Pública e pesquisadora científica V e docente do Mestrado Profissional do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo.

^{IV} Marisa Feffermann (mfeffermann@gmail.com) é mestre e doutora em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (Ipusp) e pesquisadora do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo.

^V Carlos Tato Cortizo (tato@isaude.sp.gov.br) é mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e assistente técnico de pesquisa científica e tecnológica do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo.

^{VI} Siomara Roberta de Siqueira (siomara@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e assistente técnica de pesquisa científica e tecnológica do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo.



O consumo problemático de álcool* e outras drogas tem sido apontado como uma importante questão a ser enfrentada pelos diferentes setores da sociedade. No caso da sociedade brasileira, nas últimas décadas e, principalmente nos últimos anos, o campo das políticas públicas e dos movimentos sociais vêm produzindo, por meio de conjugações teórico-científicas e tecnopolíticas, diferentes possibilidades de respostas para o enfrentamento dos problemas decorrentes do consumo problemático de álcool e outras drogas na população. Uma evidência desse processo é a inclusão dos problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas na agenda da Saúde Pública brasileira, quando, em 2003, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Se, por um lado, podemos indicar como um elemento importante a inclusão dessa problemática no Sistema Único de Saúde (SUS), por outro as relações estabelecidas historicamente entre o campo da Saúde e da Segurança Pública no tocante às ações de seu enfrentamento

são de igual importância, principalmente quando interrogamos as dinâmicas de avanço e retrocesso, implicadas nas práticas de prevenção e tratamento dos usuários de álcool e outras drogas no Brasil.

Durante o século XX, os governos, por sua atitude de tolerância ao uso do álcool, priorizaram uma abordagem focada na repressão e no controle do consumo e do comércio de determinadas substâncias psicoativas, engendrando políticas fortemente baseadas no ideário proibicionista norte-americano de combate às drogas. Inicialmente as intervenções tinham, essencialmente, caráter excludente, propondo a permanência dos usuários em prisões, sanatórios e, a partir da década de 1970, por influência da medicina**, em hospitais psiquiátricos. Essas ações eram respaldadas pelo aparato jurídico-institucional constituído por uma série de leis e decretos, bem como por subsídios tecnocientíficos para a legitimação do controle de drogas. Assim, o usuário passou a ser identificado como doente e/ou criminoso, e os dispositivos assistenciais propostos “tinham como objetivos salvar, recuperar, tratar e punir”, práticas essas de cunho moralista e repressivo-legalista. O contexto propício para o surgimento dos primeiros centros de tratamento (públicos ou religiosos) de saúde para usuários de drogas se deu a partir

* Uso problemático, nocivo, abusivo ou prejudicial de álcool e outras drogas são expressões que se referem ao consumo que pode acarretar danos à saúde e ao bem-estar da pessoa e causar problemas à sua inserção social.

da década de 1980, com a proposição do tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar, ao contrário da internação como medida compulsória, no texto da lei 6.368, promulgada em 1976⁶.

A tentativa de desenvolver uma política menos centrada no controle e na repressão só foi assumida em 2003 pelo Ministério da Saúde, com o lançamento da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Nesta, se “assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública”, atendendo às propostas que foram recomendadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001⁸. Recentemente, em 2011, o Ministério da Saúde propôs, por meio da portaria GM n. 3.088⁹, as Redes de Atenção Psicossocial (Raps) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Por essa portaria, a internação é entendida como um recurso a ser oferecido em hospitais gerais, assim como em leitos nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (Caps AD), na modalidade III, com funcionamento 24 horas. Propõe-se, ainda, promover o acesso e o vínculo dos usuários de álcool e drogas e de suas famílias aos pontos de atenção, garantir a integralidade da atenção por meio da qualificação do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Paralelamente à discussão sobre o fenômeno do uso de drogas como objeto das intervenções governamentais, outro tema que fortalece o debate é a questão da interação entre violência e droga. Estudo epidemiológico de caráter domiciliar desenvolvido no Brasil descreveu a associação entre violência e uso de álcool, constatando que em 33,5% dos domicílios entrevistados ocorreram situações de violência, sendo que em 17,1% deles os agressores encontravam-se alcoolizados⁷. Outros dados empíricos coletados em unidades hospitalares de emergência evidenciam a presença do consumo de alguma droga nos atendimentos por todas as causas externas, tais como agressões e acidentes de trânsito⁴.

Embora exista muita incerteza no que diz respeito às explicações das relações causais entre as substâncias psicoativas e atos violentos, historicamente, como vimos, o Brasil

adota política de criminalização de certas drogas, associando-se uma visão jurídica (“caso de

polícia”) a uma perspectiva médico-psiquiátrica (“doença mental”). Esta política se auto-reproduz ideologicamente (a imagem do uso de drogas como crime cria socialmente a figura do criminoso) e materialmente o sistema produz uma realidade conforme a imagem da qual surge e a legítima (p. 39)⁷.

Considerando a atualidade desses atravessamentos nos diferentes setores sociais, assim como a inclusão da questão do consumo problemático de álcool e drogas na agenda da Saúde Pública, como um primeiro aspecto do enfrentamento dos problemas relacionados, incluindo as situações de violência, o presente artigo tem como objeto de análise possíveis referências a situações de violência, concretas ou não, que atores do setor Saúde e do jurídico encontraram em seu cotidiano de trabalho, os quais, portanto, foram convidados a dar respostas e soluções a tais situações.

Método

O estudo é parte do projeto “Internações por transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas no estado de São Paulo”, desenvolvido com auxílio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Nesse projeto, foram entrevistados, em 2012 e 2013, gestores regionais de Saúde e assistência social, profissionais do Judiciário, gestores e usuários de hospitais especializados, de comunidades terapêuticas e de enfermarias psiquiátricas de hospitais gerais, com o objetivo de verificar a Atenção à Saúde prestada nas internações de pessoas com problemas decorrentes do abuso de substâncias psicoativas.

Para a realização do presente estudo, foram analisadas 12 entrevistas semiestruturadas, sendo seis com profissionais da Justiça (cinco promotores e uma juíza) e seis com articuladores/gestores regionais da área da Saúde. Tais entrevistas foram selecionadas com a finalidade de comparar visões de profissionais das áreas da Saúde e da Justiça em relação a internações, com foco especial nos relatos de situações de violência vivenciadas por usuários de drogas e por seus familiares.

Foi realizada a análise do conteúdo das entre-

** O Programa de Ação Nacional Antidrogas, proposto em 1996 e coordenado pelo Ministério da Justiça, pela Secretaria de Planejamento das Ações de Segurança Pública e o Departamento de Entorpecentes, continha ações sanitárias, mas não propôs nenhuma articulação com as políticas que estavam sendo implementadas pelo SUS¹¹.

vistas, focalizando as situações narradas que tivessem relação com atos de violência de usuários de álcool e outras drogas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde [Instituto de Saúde do Estado de São Paulo], protocolo n. 022/2012.

Resultados e discussão

De modo geral, as situações que envolvem violência apareceram mais nas falas dos promotores e da juíza, ou seja, daqueles que estão vinculados ao campo da Justiça e da segurança pública, e pouco no discurso dos articuladores e gestores da Saúde.

[...] num primeiro momento, tem que se comparar não só o paciente, como também a família que já está numa situação caótica e precisa de alguém que cuide do seu ente querido com medicamento e um local protegido da violência que cerca as drogas e o álcool (Promotor 1).

Uso abusivo de droga, que o filho mora com os pais já idosos, é uma situação complicadíssima pra família. Os pais não têm condições, eles precisariam do filho para ajudá-los e, na verdade, são eles que têm que ajudar o filho. [...] recebem só aposentadoria e ainda têm que ajudar o filho a comprar entorpecente. E o filho não tem disponibilidade nenhuma de se internar por vontade própria; teria que sair uma ordem judicial de internação compulsória (Promotor 2).

[...] em alguns casos extremos, quando a notícia trazida é de uma situação muito grave, de uma pessoa que esteja colocando em risco a própria vida e, muitas vezes, a dos familiares, nem tem quem pudesse ingressar com uma ação, a promotoria tem a legitimidade de entrar com essa ação e entra (Promotor 1).

Há aqui uma distinção funcional, na medida em que promotores e juíza relatam ter contato mais próximo com os familiares que lhes pedem ajuda, e suas intervenções pautam-se pela defesa da integridade física do usuário e a proteção dos familiares, principalmente quando se avaliam as situações problemáticas pelos riscos a elas associados, como a saúde debilitada, as agressões, as perdas patrimoniais, entre outras situações.

Quando um familiar procura o campo da Justiça para solicitar uma intervenção, ele porta um desejo de cuidado direcionado, em parte, ao membro usuário de

álcool e/ou drogas e também a seu próprio sofrimento, que se expressa por meio de um pedido de ajuda ou demanda que, no aparelho jurídico, tem ganhado a forma de um “pedido de internação”. Esse pedido poderá ser ouvido e respondido pela via da orientação técnica ou encaminhamento por parte dos atores judiciais ou pelo engendramento de uma ação que culminará na exigência de respostas dos gestores da Saúde à problemática apresentada. Ao deparar-se com a indisponibilidade de serviços e ações de Saúde voltadas a essa população, pela carência de recursos ou até mesmo por falta de clareza quanto às políticas públicas vigentes, que organizam a atenção aos usuários de substâncias psicoativas, os municípios acabam por vivenciar uma onerosa intervenção em clínicas particulares ou em comunidades terapêuticas, como aparece nas falas:

[...] é complicadíssimo, não temos uma rede estruturada para o enfrentamento desse problema (Promotor 4).

[...] depois que deu aquela crise na cracolândia, do programa de enfrentamento ao crack, da questão do pode ou não pode internação compulsória [...] teve uma procura muito maior, tanto das famílias, que querem internação compulsória. Eles ligam aqui e falam: “ele não quer tratamento, como faço para internar à força?” A gente fala para ir ao fórum; daí o juiz dá a internação, só que aí para onde vai? (Articulador 1).

Outra situação presente na intersecção Saúde-Justiça é a estratégia de enfrentamento focada na internação dos usuários problemáticos amparadas na lei 10.216², como podemos constatar na fala de um dos promotores, mediante o cumprimento do artigo 6º da referida lei, tanto no caso de internação involuntária, a pedido de terceiros/familiares, quanto no de compulsória, determinada pela Justiça e com laudo médico circunstanciado:

[...] eu sempre fui muito rigoroso com a internação compulsória porque é uma forma de segregar, de cerceamento de liberdade. Acho que só estritamente nos casos previstos em lei, como qualquer outra hipótese de cerceamento da liberdade, ainda com justificativa de ajudar a pessoa etc. [...] que é uma invasão bastante grande na esfera privada; então, este é um ponto bastante rigoroso, se não tiver documento não vai (Promotor 5).

No cumprimento da lei, outras situações acabam por colocar em risco a própria garantia do direito à saúde, quando os pedidos de internação não são acompanhados pela necessária verificação, regulação e controle dos estabelecimentos que irão receber os usuários, como constatamos na fala de um dos gestores:

[...] interna onde encontra vagas, normalmente em comunidades terapêuticas, e nós não sabemos nem as condições de tratamento desses pacientes (Gestor 1).

Assim, as situações que abrangem conflitos com a lei e envolvimento com o tráfico, por parte de crianças e adolescentes, situação muito frequente na atualidade, e os riscos pessoal e social que usuários adultos colocam a si e a seus familiares têm instigado a internação dessas pessoas como estratégia prioritária de enfrentamento pelos agentes da Justiça.

Entretanto, essa situação tem revelado a paradoxal conjuntura das políticas públicas no campo do consumo de drogas e de álcool: sabe-se da importância do papel do Estado no trato dessas questões, porém as decisões no cotidiano dos profissionais envolvidos tendem a ser tomadas no sentido da reafirmação do arcabouço legal e assistencial tradicional, dada a longa trajetória da abordagem jurídico-médico-psiquiátrica, além da política assistencial apenas recentemente implementada pelo Ministério da Saúde, que ainda não foi totalmente assimilada.

Para o uso eu acho que ele serve, o Caps AD; agora, para o vício, não. Eu acho que tem que ter uma desintoxicação, tem que ter um período de internação maior, até para sair do meio, porque ele vai ao Caps AD, tudo bem, ouve uma palestra lá de qualquer coisa, volta pra casa e na rua reencontra todos os amigos dele que usam drogas (Juíza).

Promotores e juízes têm convivido cotidianamente nos últimos tempos com pedidos de internação de usuários de drogas por parte dos familiares. As internações de usuários de substâncias psicoativas, a despeito de sua aparente atualidade, principalmente pela sua veiculação nos discursos midiáticos e políticos, o que gera a sensação de novidade, na realidade são práticas que foram realizadas durante todo o século XX, em contextos “corretivos” ou “segregativos” por meio de equipamentos do poder público voltados para usuários de álcool e outras drogas^{6,1}. As concepções acerca da desestruturação ambiental e familiar em que estão in-

seridos os usuários, assim como uma confluência de diversas vulnerabilidades, constroem as percepções de gravidade de situações em que a internação se conformaria como uma estratégia de enfrentamento, ainda que pontual e fragmentária.

O uso da lei 10.216 (igualmente conhecida como Lei Antimanicomial e Lei Paulo Delgado) também tem sido paradoxal. Criada para garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais e para protegê-las de internações prolongadas, é utilizada pela Justiça justamente em sua exceção: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (artigo 4º).

As situações de sofrimento psíquico que decorrem do uso problemático de substâncias psicoativas relatadas nas entrevistas, quando acompanhadas de perdas materiais ou de violência física exercida por usuários em episódio de agressividade ou em crise de abstinência, formulam as queixas dos familiares que buscam ajuda da Justiça e da Saúde para a resolução dessas questões. Ainda que haja um imediatismo no desejo de melhora do familiar usuário de álcool e/ou outras drogas, tanto pela família quanto pelos profissionais da Saúde e da Justiça, defendemos aqui as diretrizes preconizadas na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas⁴, em que se recomenda que o cuidado, nesses casos, demanda a articulação de projetos terapêuticos projetados a médio e longo prazos, que devem lançar mão das mais diferentes estratégias e recursos, tanto no âmbito da Saúde – com a efetivação de uma rede de cuidados (Consultórios de Rua, Caps AD III, leitos em hospitais gerais – como no âmbito da educação, da formação para o trabalho, da cultura e do lazer.

Portanto, a relação do usuário com a internação, como estratégia de enfrentamento de situações problemáticas, entre elas as situações de violência, não deve encerrar-se numa dualidade usuário-serviços de tratamento, cujo risco é incorrer em uma perspectiva heroica e salvacionista (ou ainda em seu oposto) por parte das instituições e atores envolvidos, atribuindo à instituição de cuidado um poder totalizante e perigoso⁵, que desconsidera as particularidades da história de vida da pessoa e da família e do meio no qual estão inseridos.

Ao priorizar novamente o modelo de exclusão social a partir da internação, o avanço das redes substitutivas acaba por encontrar desafios em sua legitimação perante a sociedade, assim como em sua inserção como

política de Atenção em Saúde no âmbito dos municípios e estados, das regiões e redes de Saúde. Portanto, as situações de violência envolvendo usuários de álcool e outras drogas e seus familiares exigem dos profissionais e das políticas públicas um olhar atento, pois representam uma complexa problemática social que exige intervenções estruturadas por parte do poder público. Nesse cenário, os conflitos entre Justiça e Saúde no trato com os usuários de substâncias psicoativas apontam para a necessidade de diálogo e parceria entre esses diferentes campos, de modo que, em suas interseções, não se reproduzam a exclusão e a negligência como tônica da atenção, mas que eles tenham no cuidado e na defesa da vida e da saúde dos usuários e dos seus familiares - e também das comunidades - o objetivo das intervenções.

Referências

1. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(11):2309-2319.
2. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF; 2001.
3. Fonseca AM, Galduróz JCF, Tondowski CS, Noto A N. Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(5):743-749.
4. Formiga LT, Santos RCS, Dumcke TS, Araujo RB. Comparação do perfil de dependentes químicos internados em uma unidade de dependência química de Porto Alegre/RS em 2002 e 2006. *Rev HCP*. 2009; 29(2):120-126.
5. Leal EM. A experiência da violência na rede de assistência à saúde mental: notas. In: Rauter C, Passos E, Benevides R, organizadores. *Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/ TeCorá; 2002. p.141-50.
6. Machado AR, Miranda PSC. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. *Hist Ciênc Saúde - Manguinhos*. 2007; 14(3):801-821.
7. Minayo MCS, Deslandes SF. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad. Saúde Pública*. 1998; 14(1):35-42.
8. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF; 2004.
9. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3088 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF; 2011.
10. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF; 2005.
11. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília, DF; 2012.

Adoção de orientações visando à prevenção da violência contra escolares: uma ação conjunta entre a saúde e a educação

Adoption of guidelines for the prevention of violence against children: a health and education joint action

Regina Figueiredo ^I, Marisa Feffermann ^{II}, Márcia Santos ^{III}, Líria Maria Palmigiano Fregnani ^{IV},
Rosamaria Fredo Bico ^V, Nilton Cesar Almeida ^{VI}

Resumo

Este artigo relata a promoção de ações pela Secretaria de Educação do Município de Diadema (SP) visando à prevenção da violência e à proteção da saúde física e psicológica de crianças e adolescentes. Em parceria com o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, foram realizados treinamentos de diretores de ensino e coordenadores pedagógicos e a implementação de um protocolo municipal e obtenção de materiais paradidáticos para atuação com alunos e comunidade. Enfatiza-se a importância da atuação de secretarias de educação introduzindo a padronização de condutas e fluxos que embasem educadores na atenção de casos de violência típicas e atípicas da escola, com orientações claras no encaminhamento de casos de violência doméstica e violência intraescolar, promovendo intervenção e prevenção na reprodução de padrões sociais de perpetuação de violência.

Palavras-chave: escola, violência, crianças e adolescentes, educação em saúde, saúde preventiva

Abstract

This article reports the promotion of actions by the Education Department of the Municipality of Diadema (SP) for the prevention of violence and protection of the physical and psychological health of children and adolescents. In partnership with the Institute of Health of the State Secretariat of Health of São Paulo, were trained directors of teaching and pedagogical coordinators for implementing a municipal protocol and didactic materials were obtained for actuation with students and community. Emphasizes the importance of the role of education departments introducing the standardization of procedures and flows for give support for educators in the attention of school violence typical and atypical, with clear guidelines on referral of cases of domestic violence and intraescolar violence, promoting intervention and preventing the reproduction of social patterns of the perpetuation of violence.

Keywords: school, violence, children and adolescents, health education, preventive health

^I Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é socióloga, mestre em Antropologia e doutoranda em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo; pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{II} Marisa Feffermann (mfeffermann@gmail.com) é psicóloga, mestre e doutora pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; integra o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{III} Márcia Santos (marcia.santos00@hotmail.com) é pedagoga pela Universidade São Marcos, formada em Letras pela Fundação Santo André, com Especialização em Sociologia pela Fundação de Sociologia Aplicada; secretária municipal de Educação do Município de Diadema na gestão 2008-2012.

^{IV} Líria Maria Palmigiano Fregnani (liria.fregnani@diadema.sp.gov.br) é psicopedagoga e especialista em Gestão Gerencial pela Fundação Santo André,

especialista em Psicopedagogia pela Universidade de Nova Iguaçu e em Gestão Pública pela Universidade Federal de Juiz de Fora; diretora do Departamento de Formação e Acompanhamento Pedagógico da Secretaria de Educação do Município de Diadema na gestão 2008-2012.

^V Rosamaria Fredo Bico (rosamaria.bico@diadema.sp.gov.br) é pedagoga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de São Bernardo do Campo, com Especialização em Supervisão, Coordenação Pedagógica, Administração e Planejamento Escolar; coordenadora do Núcleo Social da Secretaria de Educação do Município de Diadema na gestão 2008-2012.

^{VI} Nilton César Almeida (nilton.almeida@diadema.sp.gov.br) é assistente social pela Faculdade Mauá e membro da Equipe do Núcleo Social da Secretaria de Educação do Município de Diadema.



Introdução

Constituído em 1990 com o intuito de estabelecer uma lei nacional de promoção de cidadania e direitos de crianças e adolescentes no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹⁶ procura atender a orientação da na época recém-formulada Constituição Federal de 1988⁴:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, Constituição Federal, 1988, artigo 227)⁴.

Nesse sentido, o ECA¹⁶ preconiza no artigo 98 que é dever do Estado e da sociedade a proteção da criança e do adolescente, inclusive diante da violação dos direitos deles devido à omissão do próprio Estado ou da sociedade, da família, incluindo pais ou responsáveis, ou em razão da conduta destes. O artigo 5º resalta ainda que toda a sociedade deve proteger crianças e adolescentes de qualquer violação de direitos:

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (Brasil, ECA, 1990, artigo 5º)¹⁶.

A escola é, em geral, a primeira instituição social na qual o indivíduo estabelece contato fora da família. É na escola que a criança começa a interiorizar o mundo diverso e formal, preparando-se para tornar-se membro da sociedade, num processo de socialização secundária que complementa a etapa primária da família, quando a criança interioriza a realidade por meio dos pais. A escola irá, assim, inserir o sujeito em novos setores institucionais, transmitindo valores sociais mais amplos.

As relações dentro da instituição escolar, por oporem o universo do conhecido familiar, são geradoras de novos conflitos, configurados nas relações de alunos entre si e entre alunos, professores, funcionários, equipe de direção e pais, cada um dentro de suas especificidades, abrangendo realidades diversas: a comunidade, o bairro, a região, a rede de ensino público, a cidade. Por isso, é impossível separar a escola – e as relações sociais que estabelece – dos fatores econômicos, sociais e políticos gerais da sociedade e do país.

Ao mesmo tempo, a escola, devido à sua função, ao longo do período de contato e permanência com crianças e adolescentes, é um local privilegiado onde pode ser realizada a promoção da educação desses sujeitos visando, não apenas a sua socialização para inserção social passiva, mas a construção de cidadãos, ativos socialmente, sendo local de transformação social⁹ – por isso o ECA a trata como espaço privilegiado de atuação, com vários artigos referidos. Esse estatuto define, no artigo 245, que a escola, diante de situações de omissão ou cerceamento dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes, por meio da figura do educador, deve – assim como os profissionais de saúde em seu setor – zelar pela saúde de crianças e adolescentes e “comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente”¹⁶.

A notificação de maus-tratos se constitui em um dos elementos fundamentais para a construção de uma política contra a violência que atinge crianças e adolescentes, não apenas porque dá visibilidade à realidade que os acomete, mas porque permite o planejamento de medidas preventivas para a coibição dessas ocorrências. Essa atuação é fundamental no Brasil, onde o Ministério da Saúde registra que, entre os principais motivos de internação hospitalar de crianças e adolescentes, estão eventos relacionados à violência¹⁷, principalmente a violência doméstica ou intrafamiliar, que atinge crianças até 12 anos. Por ser cometida pela própria família ou cuidadores das crianças, é difícil de ser notificada e aparece geralmente encoberta nos registros hospitalares de “lesão acidental” de crianças.

Essa violência familiar contra crianças e adolescentes não se configura apenas como violência física – que é responsável por 70% dos casos de abandono da família –, mas também em casos de negligência, violência psicológica e sexual. Dados do Disque Denúncia Nacional, serviço de chamadas gratuitas anônimas da Secretaria de Direitos Humanos do país, registrou, entre janeiro e julho de 2010, 5.800 denúncias de negligência (presentes em 80,5% do total recebido) e a violência sexual, o terceiro tipo mais comum, com 4.700 casos (presente em 65,3% das situações)¹⁰. Não à toa, o levantamento feito pelo governo federal em 2004, divulgando a Matriz Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil, mostrou que a violência sexual estava presente em 937 dos municípios brasileiros¹⁰.

Com relação a esses dados, Diadema – município

da Grande São Paulo, onde foi realizada a intervenção relatada neste artigo – registrou, apenas em 2011, 235 casos de internação hospitalar de crianças de 0 a 14 anos por esse grupo de causas, sendo apenas 4,6% delas explicitamente registradas como “agressões externas”¹⁷. Ao mesmo tempo, essas mesmas agressões foram responsáveis por 25 internações (60,5% do total das lesões externas) de adolescentes de 15 a 25 anos, principalmente de indivíduos do sexo masculino¹⁷. Com relação à violência sexual, em 2011 a Rede de Atenção à Violência Sexual (RAVIS) do Município de Diadema registrou 79 ocorrências, 54 femininas e 25 masculinas, 32,9% delas com agressor intrafamiliar¹⁹.

Especificamente nas escolas, pesquisa realizada em 2012 com diretores de escolas de Ensino Fundamental de Diadema⁸ demonstrou que 60% registraram eventos de violência, principalmente naquelas com cursos noturnos de Educação de Jovens e Adultos (EJA). As ocorrências mais comuns são as violências extraescolares, composta por violências físicas por parte da família contra alunos (59,2% das escolas), seguidas pela desconfiança de casos de violência sexual (51,0%); em seguida vem as intraescolares, compostas por violência racial (20%), homofóbica (10%) e de gênero contra meninas (5%)⁸.

Por tudo isso, a atuação com orientações sobre violência no espaço escolar se mostra essencial, promovendo não apenas ações visando ao encaminhamento de casos de ocorrência de violência, mas, sobretudo, ações de intervenção em situações de prevenção para que essa violência não ocorra, ou não seja agravada.

Metodologia

O projeto, desenvolvido pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com o Núcleo Social da Secretaria de Educação de Diadema, seguiu-se a ampla pesquisa realizada nas escolas¹⁹ e propôs a realização de treinamentos sobre sexualidade, violência e drogas para nove turmas de Diretores e Vice-Diretores das 86 escolas que compõem a rede municipal: 58 de Ensino Básico (incluindo as de Ensino Fundamental 1 e 2 e Educação de Jovens e Adultos), além de 28 creches conveniadas.

Esses treinamentos foram realizados em três encontros de quatro horas, que discutiram teoricamente os temas e os principais problemas das escolas, dando base à apresentação de pré-proposta de texto e desen-

volvimento participativo com inclusão de sugestão dos educadores do Protocolo de Orientação de Escolas Municipais de Diadema em Casos de Violação aos Direitos de Crianças e Adolescentes¹⁹, implementado a partir de 2012 no município com o objetivo de orientar educadores em situações relativas à violência.

Resultados

Foram treinados cerca de 180 diretores e vice-diretores de todas as 86 escolas da rede municipal de ensino de Diadema. Dessa forma, a Secretaria de Educação do município integrou ao projeto pedagógico geral das escolas ações preventivas com relação à violência. Tais ações focaram a multiplicação dos conteúdos entre: 1) educadores, pelo repasse dos conteúdos dos treinamentos ao conjunto de professores de cada comunidade escolar e da disponibilidade para consulta online dos treinamentos executados no município; 2) alunos, com o início de aquisição para todas as escolas de materiais educativos paradidáticos, abordando conteúdos relativos à sexualidade e orientação de condutas em casos de violência, incluindo materiais para crianças (famílias de bonecos de pano com órgãos sexuais e DVDs abordando a igualdade de gênero) e para adolescentes e adultos de EJA (álbuns seriados de prevenção à violência e drogas); e 3) comunidade escolar de pais e responsáveis pelos estudantes, com o uso de materiais educativos de fácil linguagem, como o álbum seriado e livretos sobre sexualidade e violência.

Para a intervenção e o encaminhamento de casos visando à criação de uma cultura de orientação de condutas relativas à violência física, psicológica e sexual, foram definidas novas responsabilidades para o Núcleo de Assistência Social da Secretaria de Educação. Assim, este setor passou a ampliar suas funções para além do antigo cuidado com a reserva de vagas, estabelecendo uma equipe de orientação e acompanhamento de casos de violência nas escolas, proporcionando um plantão contínuo de suporte a diretores e orientadores pedagógicos. Essa atuação baseou a construção de um protocolo de condutas, criado juntamente com a equipe gestora da Secretaria de Educação e com a orientação técnica dos profissionais parceiros do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, visando sistematizar e padronizar as práticas deste núcleo em relação a diferentes casos, além de unificar tais práticas nas escolas.

O Protocolo de Orientação de Escolas Municipais de Diadema em Casos de Violação aos Direitos de Crianças e Adolescentes (ver anexo I, p. 342) desenvolvido integrou a abordagem das principais ocorrências de violência verificadas nas escolas do município, considerando-as com base nos três tipos de envolvimento relacional que poderiam ocorrer (entre alunos, entre alunos e professores e entre alunos e responsáveis/familiares) e das quatro dimensões de sua expressão: 1) ocorrências ligadas à negligência de cuidados com crianças ou adolescentes; 2) ocorrências de violência psicológica; 3) ocorrências de violência física; 4) ocorrências de violência sexual. A partir disso, o documento define condutas básicas padronizadas a serem adotadas pelas escolas/educadores diante dessas ocorrências, fornecendo parâmetros técnicos a atitudes, fluxos e procedimentos a serem adotados e procurando evitar a interferência de fatores informais ligados à moral, à opinião pessoal, à falta de experiência individual dos educadores para lidar com tais casos.

Assim, o documento integra, além de orientações de violência doméstica, a violência intraescolar, que ao longo dos treinamentos se mostrou mobilizadora de discussões e dúvidas por parte dos educandos e mais numerosa na sua ocorrência entre alunos, conforme o relato destes. Apesar de menos grave e mobilizadora de atenção, a violência na escola, principalmente entre pares, demonstrou, pela fala dos educandos treinados, gerar intenso desgaste no cotidiano escolar, mobilizando discussões entre os participantes dos cursos sobre as diferentes condutas adotadas por colegas de trabalho, por isso tornou-se alvo importante em todo o curso e proporcionalmente também no protocolo, que só foi finalizado após o término dos treinamentos.

Discussão

A iniciativa do município de Diadema reafirma a implantação da proteção da criança e do adolescente com relação às principais ocorrências de violência de que são alvo, como a física e a sexual doméstica, orientando a visualização, a notificação e o encaminhamento dos casos conforme prevê o ECA¹⁶. Ao mesmo tempo, abre uma discussão sobre a importante função dos educadores não apenas na detecção de violências domésticas, mas, sobretudo, na intervenção frente às violências mais comuns ocorridas entre as próprias crianças e adolescentes.

Com relação à violência doméstica, devido à relação de dependência, respeito ou medo que crianças e adolescentes têm com seus violadores, há dificuldade de que relatem sua ocorrência, inclusive nos casos de violência sexual³. Isso faz com que haja, não apenas uma perpetuação dessas ocorrências, mas seu agravamento com o tempo. Além disso, no cotidiano escolar – onde não há preparação de observação e recepção de tais casos –, observa-se um padrão de condutas dos adultos, tal como no restante da sociedade, em que: os educadores recebem o relato das vítimas com descrédito³; improvisam orientações e encaminhamentos; ou mesmo, ignoram tais ocorrências¹¹; além daqueles que buscam resolver a ocorrência com a própria família da vítima – ou seja, os suspeitos ou coniventes com a agressão⁸ –, atitude que delata a descoberta aos agressores, o que provoca a troca das vítimas de escola, gerando inércia¹³.

Por esse motivo, a iniciativa de uma padronização de condutas adotada em Diadema e o estabelecimento de um protocolo que autoriza fluxos e encaminhamentos pela própria Secretaria Municipal de Educação minimiza a possibilidade dessas respostas improvisadas, tornando-as técnica e profissionalmente embasadas e passíveis de serem acompanhadas e contabilizadas como ocorrências escolares. Ao mesmo tempo, esclarece aos educadores a importância de seu papel preventivo e de sujeito de encaminhamento de notificações e suspeitas, uma vez que é consenso que a escola não tem função nem competência ou poder jurídico para investigá-las^{2,6}. Assim, com relação à violência extraescolar, a orientação legal de promoção de proteção às vítimas passou a ser encampada de forma mais sistemática.

Com relação à violência entre pares, entre alunos, a escola ocupa um espaço primordial de discussão e de difusão do aprendizado de regras sociais visando à cidadania e ao convívio plural. Ao tratar crianças e adolescentes como mais um membro do grupo, a escola diariamente se opõe à atenção especial, mais individualizada e protetiva, que eles recebem de suas famílias. Tal oposição gera o aprendizado e a adaptação a novas regras de convívio e divisão de direitos e tarefas, o que por vezes provoca conflitos entre esses indivíduos em fase de formação. Nesse sentido, há ocorrência natural de reações de irritabilidade, que podem derivar agressões físicas ou verbais. Por esse motivo, durante a infância, situações de descontrole, explosão ou desrespeito verbal que configuram bullying ou violências físicas ocorrem. Estas, na maioria das vezes, não se utili-

zar de estereótipos de hierarquia e preconceito vigentes na sociedade em geral; por isso, as ocorrências mais verificadas são aquelas relativas aos preconceitos mais comuns verificados socialmente: de raça/cor^{5,12}, status social, aparência física e gênero^{14,15} e homofobia^{4,7,20}.

Como as violências (principalmente entre pares) no espaço escolar não são explicitamente abordadas em políticas nacionais de educação, não recebem um formato pedagógico objetivo e também não são alvo de legislações, uma vez que são consideradas “menos graves”, por isso os educadores não recebem em sua formação orientações explícitas de como conduzi-las, bem como os instrumentos de regulação profissional ou de orientação administrativa do corpo docente não as citam. Isso torna difícil a discussão e a abordagem dessas ocorrências quando surgem, ao mesmo tempo em que essas violências intraescolares não são percebidas em sua importância como estruturantes e reprodutoras de futuras violências domésticas, físicas, de gênero e sexuais que se implementarão fora da escola quando esses educandos se tornarem adultos. Há uma dissociação na percepção de que a escola é reprodutora de padrões comportamentais e morais^{5,14} também de violência.

Nesse sentido, é fundamental a iniciativa da criação de protocolos regulamentados por secretarias de educação, definindo as violências típicas e as atípicas do espaço escolar, formalizando uma posição pedagógica diante delas. Desta forma, a própria secretaria assume sua responsabilidade como instituição educacional maior que dá suporte a seu corpo docente, orientando-o em suas práticas ante os casos de violência e evitando condutas errôneas e interferências derivadas do despreparo dos educadores e protegendo-os de reações adversas que possam surgir de pais, alunos ou colegas de trabalho que interroguem a conduta adotada.

Como indivíduos que estão em fase de formação, esses alunos necessitam da intervenção de educadores nessas ocorrências, não apenas com o objetivo de proteger vítimas que possam estar sendo prejudicadas física e psicologicamente com a violência, mas também visando ao ensino a esses alunos “agressores” de noções de respeito, tolerância à diversidade e formas socializadoras de respeito, contrapondo o discurso social do senso comum, em que esses preconceitos são arraigados, incluindo os ambientes familiares, de maneira a promover a formação da cidadania de uma sociedade mais justa e sem violência.

Considerações finais

Os direitos das crianças e dos adolescentes têm sido invariavelmente violados pelo abuso de poder adulto, descaso frente a suas necessidades plenas ou em nome das próprias técnicas educativas.

A escola é um local estratégico para atuar com diversos tipos de violência. Quanto às violências que acometem crianças e adolescentes por parte de seus pares, ela tem papel socializador, relativizador de conflitos e de construção do respeito e tolerância às diversas diversidades humanas que compõem a sociedade. Com relação às violências sofridas por crianças e adolescentes provocadas por adultos, ela tem um papel não só orientador ao descaracterizá-las como evento natural e de direito hierárquico de posse das famílias sobre eles, mas de não reprodutor de modelos e de detector e encaminhador de denúncias visando sua contenção.

Ao agir nas duas frentes, a escola cumpre, com relação à violência, a expectativa de promoção da saúde e direitos de bem-estar e cidadania de crianças e adolescentes, resguardando os seus direitos básicos e contribuindo para que a reprodução de relações de violência cesse na sociedade em geral, uma vez que atua com membros que comporão as futuras gerações.

As estruturas estatais de educação que organizam o sistema escolar, principalmente a escola pública, têm um papel fundamental de instituir orientações para o conjunto de seus educadores e estabelecimentos de ensino, favorecendo o desenvolvimento de ações preventivas e o estabelecimento de fluxos e encaminhamentos e posturas claras que devam ser tomadas em situações de violência, como fez a iniciativa do município de Diadema. Apenas dessa forma, a aleatoriedade e o improvisado das ações relativas ao tema serão substituídos por reações reais efetivas que deem margem não só à resolução e à visualização desses problemas, mas principalmente a seu registro e resolução.

Anexo I - Protocolo de Orientação de Escolas Municipais de Diadema em Casos de Violação aos Direitos de Crianças e Adolescentes

1 – É OBRIGAÇÃO do educador e da Escola comunicar ao Núcleo Social/Secretaria da Secretaria de Educação as ocorrências ou suspeitas de maus-tratos ou violência contra crianças e adolescentes, conforme o ECA;

2 – Em casos de NEGLIGÊNCIA, ou seja, quando pais ou responsáveis legais pela criança ou adolescente não fornecerem promoção de higiene, de cuidados da saúde, de vestuário adequados às condições climáticas e/ou abandono, faltas constantes ou faltas injustificadas à escola, deve-se:

a) comunicar a Direção Escolar para buscar solução junto à família;

b) em caso de persistência do problema, encaminhar relatório da situação e de ações realizadas ao Núcleo Social/Secretaria de Educação.

3 – Em casos de ABANDONO PARCIAL, ou seja, quando a criança é deixada na escola após o horário de saída, a Direção da escola deve (ou na ausência desta o professor):

a) entrar em contato com a família ou responsáveis pela criança para verificar o motivo do atraso e solicitar que venham retirá-la;

b) caso este contato não se estabeleça e/ou se houver atraso de retirada da criança por mais de 1 (uma) hora após o horário da saída, contatar o Núcleo Social/Secretaria de Educação até as 18 horas;

c) caso o atraso ultrapasse 18 horas, contatar o serviço de Educação de Jovens e Adultos/Secretaria de Educação para solicitar um veículo oficial, no qual o educador deverá levar a criança até sua residência;

d) caso não seja localizada a pessoa em condições de recebê-la na residência, entrar em contato com o Conselho Tutelar responsável pela região, que dará prosseguimento ao caso, dentro da legislação vigente.

4 – Educadores devem desenvolver trabalho com alunos fazendo COMBINADOS DE REGRAS DE BOM CONVÍVIO E RESPEITO, se necessárias, fazendo acordos conjuntos e afixando-os em sala de aula.

5 – Observando sinais de violência física, psicológica ou comportamental, educadores NUNCA DEVEM “ROTULAR” as vítimas como “coitadas” ou reforçar a oposição vítima/agressor frente aos colegas.

6 – Em casos de VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA, ou seja, quando crianças ou adolescentes estejam

sendo alvo de comportamentos ou palavras que as envergonhem, constringam, humilhem ou pressionem, assim como xingos:

a) Por parte de outros alunos da mesma idade: o educador deve sempre intervir, defendendo a vítima e chamando a atenção do agressor, depois chamando o agressor para conversar sobre o ocorrido;

b) Se houver repetição da agressão constante por alunos de mesma idade, ou se esta for feita por alunos de outra faixa etária mais velha: além da repreensão do agressor e proteção à vítima, a Direção Escolar deve chamar a família ou responsáveis e solicitar que ajudem a esclarecer o agressor sobre seu mau comportamento de bullying;

c) Se a violência comportamental ou psicológica é observada ou relatada tendo por agressores familiares: o educador e a escola deverão fazer relatório para encaminhar ao Núcleo Social/Secretaria de Educação.

7 – Em casos de VIOLÊNCIA FÍSICA e da criança ou adolescente apresentar lesão corporal, como hematomas, vergões, queimaduras, arranhões ou ferimentos que possam caracterizá-la como possível vítima de violência física:

a) Entre alunos de mesma idade: o educador deve intervir separando-os, afastá-los para que se acalmem e depois sentar com os dois para fazer acordos e combinados de respeito e diálogo e não uso de força física;

b) Se houver repetição da agressão constante por alunos de mesma idade, ou se esta for feita por alunos de outra faixa etária mais velha: além da repreensão do agressor e proteção à vítima, a Diretoria da Escola deve chamar a família ou responsáveis pelo agressor e solicitar que ajudem a esclarecê-lo sobre a necessidade de contenção da violência;

c) Caso a violência física venha de familiares: a direção e/ou o professor(a) deverá analisar a possibilidade de conversar com a criança ou o adolescente em local reservado para esclarecer o ocorrido.

– Se houver suspeita de violência física com ou sem confirmação pela criança, a direção e o professor deverão registrar o fato em livro de ocorrência escolar e comunicar o Núcleo Social/Secretaria de Educação que comunicará o fato ao Conselho Tutelar;

– se houver necessidade de assistência a ferimentos, levar para atendimento médico na unidade básica de saúde de referência da escola ou pronto-socorro,

solicitando do profissional médico relatório da situação e chamar o Núcleo Social/Secretaria de Educação;

– após os cuidados médicos, acompanhar a criança para notificação ao Conselho Tutelar, junto com Núcleo Social/Secretaria de Educação e enviar relatório do caso, acompanhando os encaminhamentos legais cabíveis no caso.

8 – Em casos de VIOLÊNCIA SEXUAL de crianças ou adolescentes:

a) Entre alunos de mesma idade: contatos sexuais e troca de curiosidades entre crianças ou adolescente voluntariamente de mesma idade não se constituem como violência;

b) Violências sexuais feitas por grupos ou por alunos mais velhos contra aluno menor: além da repreensão do agressor e proteção à vítima no momento da ocorrência, o educador deve convocar a família ou responsáveis pelo agressor e solicitar que ajudem a esclarecê-lo sobre a violência sofrida;

c) Se a violência física advir de familiares ou adultos:

– a direção e/ou o professor(a) deverá analisar a possibilidade de conversar com a criança ou o adolescente em local reservado para esclarecer o ocorrido;

– a Direção da Escola deverá fazer um relatório de suspeita ou comprovação do ocorrido que deve ser enviado ao Núcleo Social/Secretaria de Educação, que acionará o Conselho Tutelar;

– se houver indícios físicos, acompanhar a criança ou adolescente a atendimento médico de unidades básicas de saúde de referência ou no Pronto-Socorro Central, junto com a equipe do Núcleo Social/Secretaria de Educação, pedindo que o médico faça um relatório a respeito da situação;

– após o atendimento à saúde, acompanhar a criança para notificação ao Conselho Tutelar.

9 – Em casos de VIOLÊNCIA ESCOLAR, ou seja, violência feita por algum educador ou funcionário da escola contra crianças ou adolescentes.

a) a pessoa que presenciar ou tomar conhecimento da agressão deverá comunicar a Direção Escolar;

b) a Direção Escolar deverá apurar a ocorrência da violência ouvindo os envolvidos separadamente;

c) abrir processo administrativo, caso seja necessário, encaminhando o caso ao Núcleo Social/Secretaria de Educação.

10 – Em casos de VIOLÊNCIA VERBAL CONTRA PROFESSORES, promovida por alunos, que afete a

moral ou sua integridade psicológica:

a) o educador deve fazer a imediata cessão/paralisação das atividades pedagógicas e solicitação de que o aluno se retire da sala de aula;

b) o educador agredido deve relatar o caso para a Diretoria Escolar sem a presença do aluno;

c) a Direção da Escola deve convocar aluno para esclarecimentos e retomar normas de direitos e deveres e convívio de respeito;

d) é importante que educador agredido NUNCA participe de discussões junto com família ou alunos para evitar bate-bocas desnecessários. A Diretoria da escola representa os educadores e tem o dever de determinar ações;

e) educadores devem retornar atividades posteriormente em sala de aula regularmente, procurando tratar o aluno dentro de regras de respeito.

11 – Em casos de VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA PROFESSORES, promovida por alunos:

a) Deve haver imediata cessão/paralisação das atividades pedagógicas e procura da Diretoria Escolar pelo educador;

b) a Direção Escolar deve reter aluno e encaminhá-lo para casa, avisando que convocará reunião junto à família (em caso de aluno menor);

c) o Educador alvo da agressão deve fazer um relato escrito sobre a situação e levá-lo e relatá-lo à Direção Escolar como uma ocorrência;

d) Em caso de alunos maiores de 18 anos, o educador agredido deve fazer ocorrência policial por agressão física, além dos procedimentos descritos;

e) a Direção Escolar deve convocar reunião com a família de alunos menores para retomar normas de respeito junto aos professores;

f) é importante que educador agredido NUNCA participe de discussões junto com família e alunos para evitar bate-bocas desnecessários. A Diretoria da Escola tem o dever de decidir ações;

g) Educadores devem retomar suas ações em sala de aula, normalmente, procurando tratar o aluno dentro de regras de respeito;

h) a Direção Escolar deve informar o Núcleo de Assistência Social da Secretaria de Educação sobre a ocorrência.

12 – Em casos de REINCIDÊNCIA DE VIOLÊNCIA VERBAL CONTRA PROFESSORES, promovida por alunos:

a) a Direção da Escola deve fazer a suspensão do

aluno por dias letivos, convocando a família para reunião;

b) casos de repetição contínua de agressão verbal/comportamental contra educadores deve ser feita a transferência do aluno de classe (nunca do educador);

c) a Direção Escolar deve informar o Núcleo de Assistência Social da Secretaria de Educação sobre a ocorrência;

d) se houver perseguição do educador pelo aluno mesmo após afastamento, deve ser feito o processo de transferência de escola do aluno para evitar que ele chegue à agressão física.

13 – Em casos de REINCIDÊNCIA DE VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA PROFESSORES, promovida por alunos:

a) a Direção da Escola deve fazer a suspensão do aluno por dias letivos, convocando a família para reunião;

b) o educador alvo da agressão deve fazer um relato escrito sobre a situação para a Direção Escolar, descrevendo a ocorrência;

c) em caso de alunos maiores de 18 anos que venham a fazer agressões, o educador agredido deve proceder à ocorrência policial;

e) em casos de repetição de agressão física de alunos sobre um ou outro educador, deve ser realizada a transferência do aluno de escola, nunca do educador.

Referências

1. Ansinelli-Luz A, Cunha JM. Percepções sobre a discriminação homofóbica entre concluintes do Ensino Médio no Brasil entre 2004 e 2008. *Educar em Revista* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 5 set 2012];39:87-102. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/er/n39/n39a07.pdf>
2. Arpini DM, Soares ACOE, Bertê L, Forno CD. A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. *Psicol Rev* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 5 dez 2012];14(2):95-112. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/334>
3. Azevedo MA. Guerra VNA. Violência doméstica na infância e na adolescência. São Paulo: Robe; 1995.
4. Brasil. Constituição Federal (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
5. Castro MG, Abramovay M. Relações raciais na escola: reprodução de desigualdades em nome da igualdade [monografia na internet]. Brasília (DF): UNESCO; 2006 [acesso em 5 dez 2012]. 370 p. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001459/145993por.pdf>
6. Costa L, Penso M, Rufini B, Mendes A, Borba N. Família e abuso sexual: silêncio e sofrimento entre a denúncia e a intervenção terapêutica. *Arq Bra Psicol* [periódico na internet]. 2007 [acesso em 05 dez 2012];59 (2):245-255. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-52672007000200013&script=sci_arttext
7. Figueiredo R. Promovendo a saúde mental entre crianças e adolescentes: a prevenção à violência em ações educativas. *BIS – Boletim do Instituto de Saúde* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 5 dez 2012]; 45:37-40. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/bis/bis-45>
8. Figueiredo R, Feffermann M, Santos M, Fregnani LMP, Bico RF, Almeida NC, Siqueira DM. Ocorrências de violência e drogas envolvendo alunos de escolas municipais de Diadema – São Paulo. *Rev LEVIS/UNESP-Marília* [periódico na internet]. 2012 [acesso em 5 dez 2012];6(6):87-106. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/levs/article/viewFile/2640/2070>
9. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1997.
10. Fundo das Nações Unidas para a Infância- UNICEF. O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades [monografia na internet]. Brasília(DF); 2011 [acesso em 5 dez 2012]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf
11. Furniss T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar, manejo, terapia e intervenção legal integrados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. 337p.
12. Gomes N. Trajetórias escolares, corpo negro e cabelo crespo: reprodução de estereótipos ou resignificação cultural? *Rev Bras Educ* [periódico na internet]. 2002 [acesso em 5 dez 2012]; 21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n21/n21a03.pdf>
13. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2002 [acesso em 5 dez 2012]; 18(1): 315-319. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-52672007000200013&script=sci_arttext
14. Louro GL. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. Porto Alegre: Editora Vozes; 1987. 179p.
15. Mariucci SEM, Castilho CFV. A participação política e a família no contexto do público e do privado. In: Londrina: Anais do 2. Simpósio Gênero e Políticas Públicas. GT3 Gênero e Família [evento na internet]. Londrina; 2011 [acesso em 5 set 2012]. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/Elza.pdf>
16. Ministério da Justiça. ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF; 1990.
17. Ministério da Saúde. DATASUS [base de dados na internet]. Brasília(DF) [s.d.]. [acesso em 5 set 2012]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
18. Secretaria de Educação do Município de Diadema. Plano de Ação AçãoREação [Monografia de conclusão de curso]. Diadema: SE/PAVAS; 2012.
19. Secretaria de Educação do Município de Diadema. Núcleo Social Protocolo de Orientação de Escolas Municipais de Diadema em Casos de Violação aos Direitos de Crianças e Adolescentes [monografia na internet]. Diadema; 2012 [acesso em 5 set 2012]. Disponível em: <http://www.educacao.diadema.sp.gov.br>
20. Sousa JM, Silva JP. Homofobia: discutindo a discriminação no meio escolar. *Gepiadde* [periódico na internet] 2011 [acesso em 5 set 2012];9(5). Disponível em: http://200.17.141.110/periodicos/revista_forum_identidades/revistas/ARQ_FORUM_IND_9/FORUM_V9_09.pdf

Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população de rua

Silent violence and prejudice: strategies for a health team in defense of homeless's citizenship

Ariane Graças de Campos¹, Maria Paula Freitas de Souza^{II}

Resumo

Este trabalho é um relato da experiência vivida por uma equipe especial da Estratégia Saúde da Família da região central do município de São Paulo, no período de julho de 2008 a abril de 2013, cuja atuação ocorreu junto a um homem em situação de rua há 22 anos, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS). O presente relato tem por objetivos mostrar as estratégias que a equipe de saúde utilizou para o enfrentamento da violência muda evidenciada pelos preconceitos vivenciados diariamente pela população em situação de rua, no sentido de permitir o acesso à Unidade Básica de Saúde, assim como ultrapassar as barreiras sociais e aquelas encontradas nos próprios serviços de saúde. Este artigo propõe que o acolhimento às pessoas em situação de rua seja diferenciado e prioritário nos serviços de saúde, estimulando a autonomia e a cidadania, articuladas a toda a rede social e de saúde no território.

Palavras-chave: População de Rua, Atenção Básica em Saúde, Preconceito

Abstract

This paper reports the experience of a special team of the Family Health Strategy in the central region of São Paulo, from July 2008 to April 2013, whose performance was next to a man on the street for 22 years, the area covered by the Basic Health Unit (BHU). This report aims to show the strategies that health staff used to dealing with violence changes evidenced by the prejudices experienced daily by people on the streets, in order to allow access to Basic Health Unit, as well as overcoming barriers those found in social and health services themselves. This article proposes that the host people on the street is different and priority health services, encouraging autonomy and citizenship, linked to any social network and health in the territory.

Keywords: Homeless, Primary Health Care, Prejudice

^I Ariane Graças de Campos (arianegraca@bol.com.br) é enfermeira do Consultório na Rua do Município de São Paulo, formada pela Faculdade de Medicina de Marília, preceptora do grupo de vulnerabilidade do PET-Saúde SP; pós-graduada em Saúde da Família pela Universidade do SUS, em Saúde Pública pela Universidade Cruzeiro do Sul, Docência do Nível Superior pela Universidade da Cidade de São Paulo.

^{II} Maria Paula Freitas de Souza (mariapaulaf_souza@yahoo.com.br) é psicóloga do Consultório na Rua do Município de São Paulo, formada pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), campus de Assis; especialista em Psicopatologia e Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).



Introdução

A Reforma Sanitária tem como base a proposta de um novo modelo de atenção básica à saúde, visando reorganizar o modelo biomédico que culminou com a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do artigo 198 da Constituição de 1988. Esse novo sistema emergiu dos princípios de universalização, integralidade, equidade, descentralização, controle social, baseando-se em uma rede integrada, regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. Em 1994, o SUS se reforça com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), principal estratégia do governo federal para mudança do modelo da atenção básica de saúde, que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua^{1,2}.

O PSF assume um conceito ampliado de atenção básica, implicando também uma reviravolta ética, marcada por práticas humanizadas e vinculadas ao processo de construção da cidadania, tanto do indivíduo quanto da família. Essa mudança de enfoque, associada ao multiprofissionalismo, rompe com o protagonismo do saber médico e visa à maior interação com a comunidade para a construção de estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde².

Na realidade urbana atual, a população de rua apresenta-se como um grupo social de dimensões quantitativas e qualitativas novas, aumentando nos períodos

de recessão econômica e com maior visibilidade para as demandas nas áreas social, de saúde, habitação e segurança pública⁴.

A população de rua predomina nas áreas centrais urbanas, onde há um grande fluxo de pessoas, comércio, serviços em geral, possibilitando acesso à alimentação, a dinheiro e a espaços vazios à noite, que se transformam em abrigos⁴.

Socialmente, existe a tendência em se naturalizar o fenômeno das pessoas em situação de rua. Análises fragmentadas podem conduzir a responsabilização do indivíduo por seus problemas, impedindo uma apreciação dos contextos de produção do fenômeno e a formulação de políticas públicas para o seu enfrentamento. Assim, são criadas estratégias isoladas com grandes limitações em sua efetividade, como abrigos e albergues¹⁰.

Quando ingressam em situação de rua, as pessoas se confundem com a população em geral, mantendo, assim, pequenos laços familiares. Somente com o passar do tempo enraízam a cultura da rua. Em geral, esse processo apresenta uma natureza progressiva, e quanto maior o tempo de rua, menor as chances de sair dela. O quadro se agrava com o preconceito em relação ao morador de rua, que é estigmatizado em razão das péssimas condições de vida, visíveis no descuido com a aparência, o que contribui para sua baixa estima⁸. Além

disso, o estigma social dirigido às pessoas em situação de rua, vinculado ao uso de drogas e criminalidade, contribui para o seu isolamento e distanciamento da sociedade¹².

Por sua vez, a internalização do preconceito pelas pessoas em situação de rua é um processo que consiste em uma identificação do sujeito com as características que formam as representações sociais dirigidas a eles e que servem de referência para a configuração de sua própria identidade. Fruto de um contexto sócio-histórico, a representação é sentida como atributo individual, produzindo sentimentos de fracasso e de incompetência social⁷.

Assim, a atenção à saúde dirigida a grupos altamente vulneráveis deve promover a inclusão com ações que mantenham a saúde e recuperem a responsabilidade e a autonomia dos indivíduos por meio do princípio de equidade (orientações aos grupos diferentes em suas necessidades de diversas maneiras), formulação de tecnologias e abordagens adequadas às demandas dessa população⁵.

Preconceito e dificuldades de adesão do usuário aos serviços de saúde

Segundo o último censo sobre população em situação de rua, realizado em 2011, existem na cidade de São Paulo 14.478 pessoas vivendo nesta situação, sendo 82% do sexo masculino e 13% do sexo feminino. É na região central de São Paulo que está concentrada a maior parte dos moradores de rua, totalizando 55,3%⁶.

No Brasil, é recente a preocupação do poder público com a população em situação de rua. O cotidiano dessas pessoas, associado às condições adversas da rua (extrema pobreza), dificulta a produção de projetos de futuro. O imediatismo é vivenciado o tempo todo como um “eterno presente”⁹, o que também se reflete no cuidado à saúde, com a negação ou o adiamento da procura do serviço. Muitos acabam apresentando quadros de doença aguda ou crônica. Verifica-se que o agravo apenas é valorizado pela população de rua quando interfere na sua locomoção, impossibilitando sua itinerância e a vivência de sua dinâmica⁵.

Denominaremos “Dinâmica da Rua” a configuração das relações sociais e do cotidiano das pessoas em situação de rua que é composta pela utilização da “boca de rango” (busca de alimentação), uso abusivo de álcool e drogas, realização de atividades ilícitas, “bicos”

(práticas de trabalho informal), mendicância, além da falta de referência temporal (horários e dias) e dificuldade de transitar e utilizar os serviços e espaço público devido à internalização do preconceito.

Além do preconceito sofrido por profissionais e usuários dos diversos serviços, os indivíduos em situação de rua têm a necessidade de cuidar do “mocó” – lugar na via pública sem privacidade onde ficam seus pertences e animais de estimação.

O acompanhamento adequado da situação de saúde desses indivíduos é dificultado por várias questões: a organização dos serviços de saúde, filas, demora na marcação de consultas, longo tempo de espera e dificuldade dos próprios profissionais técnicos no atendimento. Além disso, as condições prioritárias para essa população, como local para dormir e dificuldades de obter alimentação, fazem com que a saúde, por vezes, não seja prioridade. Não obstante, as condições degradadas de higiene com que se apresentam nos serviços de saúde geram preconceito e dificultam o atendimento e o acesso aos serviços como direito de cidadania¹¹.

Os serviços de saúde têm o desafio de realizar a inclusão das populações excluídas historicamente nas práticas assistenciais, oferecendo serviços com o intuito de diminuir a desigualdade em relação ao acesso em todos os níveis de assistência à saúde e de ações de cuidado que objetivem a integralidade³. Assim, a situação precária de vida da população de rua pressupõe ações específicas quanto ao processo saúde-doença, na qual a ideia de adoecimento está relacionada com a violência urbana, a perda de vínculos familiares e o preconceito sofrido e internalizado⁴.

Considerando que a atenção básica à saúde é a porta de entrada do SUS, torna-se fundamental que as equipes de saúde possibilitem uma perspectiva inclusiva do usuário em situação de rua na rede de serviços de saúde. Os diagnósticos médicos mais frequentes são de dependência de álcool, doenças pulmonares, úlcera e dores em membros inferiores⁴.

Atentos às dificuldades citadas, foram criadas estratégias para o acolhimento dessa população na unidade de saúde, como flexibilidade de agendas dos profissionais, períodos maiores de visitas no território para busca ativa, pactuação de cuidados e fortalecimento de vínculo da equipe multiprofissional.

As dificuldades do atendimento dessa população por outros profissionais da unidade básica de saúde

(UBS), relacionadas à falta de traquejo na relação direta com as pessoas em situação de rua, frequentemente afetada pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas, entre outros agravos, torna esses usuários, por vezes, mais agressivos, gerando mais desgaste e aumentando o preconceito de parte a parte. O vínculo é tênue, e qualquer situação é decisiva na adesão do usuário ao serviço, exigindo da equipe uma “reconquista” permanente desse usuário⁴. O acolhimento desse grupo precisa ser diferenciado e prioritário. A solução deve ser dada na hora, seja de ordem física, psíquica ou social. A vinculação do usuário em situação de rua está associada à oportunidade de se fazer o maior número de ações e abordagens por diversos profissionais no mesmo dia⁵.

Acreditamos que a discriminação positiva pode auxiliar na maior qualidade da atenção ao usuário, como um conjunto de medidas especiais de incentivo e proteção a grupos para promover a ascensão e maiores oportunidades de inserção social. A discriminação positiva consiste em uma estratégia para promoção da inclusão social com medidas especiais que buscam remediar processos discriminatórios, com tratamento diferenciado, tendo em vista as suas especificidades e fragilidades⁹.

Relato de caso: o Sr. F.

A equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) Especial que acompanhou o caso do Sr. F. era composta por uma médica, uma enfermeira, seis agentes comunitários de saúde (ACS), dois auxiliares de enfermagem, além de contar com o auxílio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). A equipe atua no território – centro do município de São Paulo – desde julho de 2008, quando iniciou o cadastro das pessoas em situação de rua na área de abrangência da UBS.

Em agosto de 2012, a equipe foi modificada com a inserção do Consultório na Rua do SUS, ligado à atenção básica, sendo composta por uma médica, uma enfermeira, três ACS, dois agentes sociais, um auxiliar de enfermagem e uma psicóloga, tendo como retaguarda a mesma UBS. A proposta de trabalho passou a ser focada na redução de danos e maior período no território. Passou-se também a contar com suporte de um carro para locomoção de profissionais e usuários.

No ano de 2008, o Sr. F., 42 anos, foi cadastrado pela equipe. Nascido no Rio de Janeiro, pais falecidos

desde os 12 anos, foi criado por uma tia. Quando completou 18 anos, mudou-se para São Paulo, onde trabalhou como porteiro e passou a morar só no centro da capital. Usuário de álcool desde os 12 anos, após dois anos na cidade estava em situação de rua. Sem filhos, tinha uma companheira, que entrou em óbito após ser incendiada por outra moradora de rua, há aproximadamente três anos. Desde então, o Sr. F. tem vivido um processo depressivo. Ele faz uso de grande quantidade de cachaça, se alimenta precariamente, com algumas doações que recebe na rua. Usuário de múltiplas drogas, higiene pessoal precária, passa meses sem tomar banho e trocar de roupa. Faz suas necessidades fisiológicas na rua, se recusa a dormir em albergues, justificando a ocorrência de brigas e roubos nesses locais.

Desde o início, o Sr. F. é acompanhado, tendo em seu vasto prontuário numerosas visitas da equipe multiprofissional e poucas passagens para consultas na unidade de saúde. Ele se recusava a ir à UBS por causa do preconceito arraigado, considerando não merecer estar no mesmo ambiente que as pessoas “normais”, de bem, limpas e educadas. Relatou também medo de ser maltratado, o que inclui olhares julgadores, dizeres ofensivos e isolamento.

Em fevereiro de 2009, o Sr. F. levou uma facada na mão direita, na tentativa de se defender durante uma briga com outro morador de rua. A lesão infectou, e mesmo após várias tentativas de sensibilizá-lo para o curativo, ele se recusou. A médica foi até o local, avaliou e deixou a medicação com o paciente, após orientá-lo sobre o uso correto. A auxiliar de enfermagem realizava a limpeza da lesão na rua. As visitas no território, quase que diárias, continuaram na tentativa de sensibilizá-lo quanto aos cuidados em saúde, mas sem sucesso.

No mês de março de 2010, o Sr. F. apresentava lesões por todo o corpo, decorrentes da intensa coceira devido à escabiose (sarna). A pele rompida por todo o corpo, junto com a higiene precária, culminou na infecção das lesões. Apresentava pediculose (piolhos) nos cabelos e barba. Novamente tentamos sensibilizá-lo para a melhoria das condições de higiene e tratamento das lesões infectadas, mas o Sr. F. relatava que estava bem e naturalmente se curaria. Mesmo com as negativas, as visitas diárias continuaram, e toda a equipe tentou convencê-lo, oferecendo, além do tratamento, roupas e banho na UBS.

Somente em maio de 2010 o paciente aceitou acompanhar o ACS à unidade de saúde. Passou por

consulta de enfermagem e médica, tomou banho e realizou troca de roupa, além do tratamento medicamentoso via intramuscular, já que a terapia oral não teve bons resultados. O Sr. F. dizia ter dificuldade para tomar os comprimidos no horário, já que não tinha relógio nem quem o auxiliasse na administração dos medicamentos. Sugerimos que ele voltasse durante três dias para banho, troca de roupa, reavaliação médica e coleta de exames laboratoriais. Na hora, ele concordou, mas no dia seguinte recusou-se a acompanhar o ACS, referindo melhora.

Nesse dia, quando o Sr. F. tinha ido até a UBS, percebeu alguns usuários que esperavam pela consulta fazendo caretas para ele, prendendo o nariz (estava sem tomar banho há semanas).

No âmbito individual, exploramos essas representações com o Sr. F., buscamos nos aproximar de suas concepções e vivências. Assim, percebemos que ele reconhecia ter o mesmo direito de usufruir da unidade de saúde como qualquer munícipe que tem residência fixa, mas o preconceito o paralisava, intervindo diretamente no acesso ao serviço.

A equipe de saúde elencou, após problematizar o caso, algumas intervenções para sensibilizar o paciente quanto ao cuidado com sua saúde e o acesso aos serviços, exames etc. Primeiramente, as visitas seriam diárias, objetivando ter acesso ao paciente antes de estar muito alcoolizado; a ACS o acompanharia sempre que fosse à unidade de saúde, ficando ao seu lado, assim como para realizar exames e ser atendido pelos especialistas em outros serviços.

Ao frequentar a unidade de saúde, o Sr. F. fazia questão de tomar banho e trocar de roupa antes de ser atendido. Disponibilizamos o banheiro da unidade para sua higiene pessoal, apesar de o paciente ter acesso a qualquer serviço na unidade, independentemente de ter tomado banho. Convidamos o Sr. F. para ir à unidade sempre que desejasse, mas ele só o fazia na companhia da ACS.

O Sr. F. era atendido imediatamente quando chegava à unidade (discriminação positiva), levando em consideração a angústia de estar no local – chegava ao posto dizendo que em breve precisava ir embora, procurar por comida.

Em agosto de 2011, ele nos relatou um episódio de convulsão após o uso intenso de cocaína e álcool, dizendo que o fato foi isolado e que não aceitaria qualquer tipo de cuidado.

No mês de março de 2012, iniciou-se um quadro de prostração. Ele ficava grande parte do dia deitado no chão, dormindo, bebendo cachaça, se alimentando uma vez por dia quando algum colega de rua levava comida, sem forças de sair do local para fazer suas necessidades fisiológicas. Todos os membros da equipe tentaram sensibilizá-lo para um atendimento de emergência, onde seria acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). A recusa do paciente foi taxativa, motivo de preocupação da equipe. Neste episódio, o orientamos a diminuir o consumo de álcool/drogas e se alimentar mais vezes. Pela manhã, a ACS levava um café com pão, e na hora do almoço um colega de rua se comprometeu a levar comida. Com o passar dos dias, ele melhorou.

No começo de julho de 2012, levamos a psiquiatra para avaliá-lo na rua, e ela cogitou uma possível depressão e déficit de memória. Nos dias seguintes, observamos novo episódio de prostração, e só no final do mesmo mês conseguimos levá-lo novamente à UBS. Em consulta compartilhada entre a clínica e a psiquiatra, foi levantada a hipótese diagnóstica de demência e neuropatia alcoólica. Colhemos exames, solicitamos tomografia de crânio e dispensamos medicação para minimizar os sintomas da neuropatia.

No mês seguinte chegaram os resultados dos exames laboratoriais, e a única alteração foi hepatite B. Discutimos sobre as implicações da doença e os locais especializados para o acompanhamento. Encaminhamos o Sr. F. para o Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) e para o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (Caps AD), mas ele se recusou a iniciar o tratamento.

Demonstrou desejo de ter seus documentos pessoais, já que há muitos anos haviam sido roubados. Procuramos a Atenção Urbana, serviço ligado à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) para retirar os documentos do Sr. F. Porém, na data para requerer a nova via da certidão de nascimento, ele se recusou. Neste episódio, o único desejo expresso por ele era a obtenção de seu documento de identidade, vontade que sustentou por pouco tempo. A equipe de saúde articulou-se ao serviço de assistência social para a obtenção dos documentos, pensando no resgate da cidadania do Sr. F.

Por um período de trinta dias ele desapareceu do território. Ninguém sabia onde o Sr. F. estava. Em outubro de 2012 retornou ao território, relatando que estava inter-



nado em um serviço da região e que não se lembrava de nada, já que estava dormindo quando o levaram.

Já em janeiro de 2013, ele começou a se queixar de dores e formigamentos em membros inferiores, em decorrência da neuropatia periférica. Nesse período, começou a relatar que ouvia vozes de pessoas falecidas e tinha ideias suicidas. Além das visitas diárias da equipe de consultório na rua, levamos a psiquiatra e a psicóloga para avaliação na rua. No final do mês, relatou que as vozes cessaram.

Em fevereiro de 2013 ele entrou em quadro de desnutrição e desidratação, estava bebendo muito e comendo pouco, apresentava dificuldade para andar. Considerando sua relutância em ir para o pronto-socorro, a equipe discutiu o caso e fez um contrato [? trato] com o paciente segundo o qual ele seria avaliado diariamente pela médica e discutir [para discutir] os seus problemas de saúde: alcoolismo, hepatite B, transtorno mental. Assim, seriam traçados planos de enfrentamento e a equipe iria acompanhá-lo em todos os serviços. Deixamos claro que sua vida estava em risco.

Com a troca da ESF para o Consultório na Rua, em março de 2013 foi disponibilizado um carro para o transporte dos profissionais e usuários. Desse modo, levamos o Sr. F. para a unidade e outros serviços, o que facilitou a adesão do paciente à terapêutica proposta. Durante esse mês ele foi levado cinco vezes à unidade, mas ainda se negava ao acompanhamento nos outros serviços.

No mês de abril de 2013, foi levado à UBS para a continuidade da soroterapia; no dia 10 aceitou a consulta compartilhada com a enfermeira, a psicóloga e o redutor de danos do Caps AD. Nesse dia, fez sua higiene pessoal e troca de roupa na unidade de saúde e foi levado a um Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids para iniciar o acompanhamento da hepatite B. Neste serviço foi feito um encaminhamento para um centro de referência de tratamento em álcool e drogas [Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas] (Cratod), com vistas a uma possível internação, com consentimento do Sr. F. Nesse mesmo mês, no dia 16, após conversa com a equipe, ele aceitou ir ao Cratod para acolhimento e avaliação da equipe.

Na manhã de 18 de abril, durante visita ao território da equipe do consultório na rua, o paciente foi encontrado no mesmo lugar onde costumava ficar.

Questionado sobre o porquê do retorno à rua, ele nos respondeu que foi levado pelo Cratod para o pronto-socorro nas redondezas e, na manhã do dia seguinte, teve alta médica, voltando para o seu território, o que demorou a manhã inteira. [?]

Imediatamente, levamos o paciente ao serviço que o internou no pronto-socorro para verificar o que tinha acontecido. Lá nos informaram que ele tinha sido levado ao hospital para ser avaliado clinicamente, com o fim de pleitear uma vaga de internação, e que deveriam ter avisado ao Cratod para ir buscá-lo. Levantaram a hipótese de que o paciente pudesse ter evadido do serviço.

Chegando ao pronto-socorro, procuramos a equipe de enfermagem e fomos novamente questionados se o Sr. F. não tinha evadido, o que é muito comum. Quando a enfermeira do hospital foi procurar o prontuário, verificou que ele tivera alta médica e fora liberado, mesmo debilitado, com hepatite B, em situação de rua. Retornamos com o paciente ao Cratod, que o acolheu novamente.

No final de abril, o Sr. F. foi acolhido no leito do Caps AD e encaminhado a uma casa de recuperação para álcool e drogas no interior do estado de São Paulo.

Considerações finais

A equipe persistiu por cinco anos para que o Sr. F. acessasse a rede de assistência à saúde e se vinculasse a ela. Foram dois os fatores determinantes para o sucesso das ações desenvolvidas com o usuário. Primeiramente, sua aceitação para que se tornasse sujeito do próprio projeto terapêutico. O outro fator foi a capacidade de enfrentamento das dificuldades que a equipe teve durante o episódio, considerando as múltiplas recusas do paciente e a resistência dos serviços de saúde em acolhê-lo. A equipe não se acomodou ao lugar de desamparo institucional e às angústias durante todo o processo de cuidado.

É recompensador observar hoje o Sr. F. utilizando os serviços que lhe são de direito, depois de enfrentar o seu próprio preconceito e o dos serviços de saúde.

O caso do Sr. F. permite verificar que os investimentos intensivos no sujeito, considerando o preconceito intrínseco e extrínseco e as variáveis da dinâmica da rua, incorreram na adesão e vinculação à equipe de saúde e UBS, promovendo o acesso a direitos e políticas públicas.

Partindo-se do princípio da equidade (SUS), é neces-

sário construir ações estratégicas a partir do território, da complexidade, heterogeneidade e dinâmica da população de rua para legitimar o acesso aos serviços de saúde a grupos de alta vulnerabilidade, visando à adesão e vinculação do usuário.

Para a construção de políticas públicas eficientes, com caráter protetivo e de redução de danos, as práticas precisam ser direcionadas no sentido de uma possível transformação cultural e social em relação ao estigma que a população de rua carrega. O relato de caso do Sr. F. nos mostra que as estratégias da equipe tiveram êxito porque a ferramenta primordial do trabalho foi a criação do vínculo, a informação e o acompanhamento nas ações acordadas com o paciente.

O Sr. F., que não conseguia cuidar de si e, por muitas vezes, disse que desejava a morte, hoje busca a vida.





Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 30. ed. São Paulo: Saraiva; 2002.
2. Campos AG. Planejamento Estratégico Situacional: solucionando problemas e reinventando ações. *Rev Bras Promoção da Saúde*. 2009;22(3): 151-156.
3. Carneiro Junior N, Andrade MC, Lupp, CG, Silveira C. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. *Saúde Soc*. 2006;15(3):30-39.
4. Carneiro Junior N, Nogueira EA, Lanferini GM, Ali D, Martinelli M. Serviços de Saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saúde Soc*. 1998;7(2):47-62.
5. Carneiro Junior N, Silveira C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(6): 1827-1835.
6. Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo. Censo da População em Situação de Rua da Cidade de São Paulo 2011/2012. São Paulo: SMA-DS; 2011.
7. Mattos RM, Ferreira RF. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre a pessoa em situação de rua. *Psicol Soc*. 2004;16(2):47-58.
8. Rosa AS, Secco MG, Bretas ACP. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(3):331-336.
9. Rosa AS. Quem mandou morar na rua? Um estudo sobre o sentido da vida para moradores de rua [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2008.
10. Silva MLL. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno da população em situação de rua no Brasil [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.
11. Vannucchi AMC. A População em situação de rua no Serviço de Urgência Psiquiátrica. In: Baldaçara L, Cordeiro DC, organizadores. *Emergências psiquiátricas*. São Paulo: Roca; 2007. v. 1, p. 215-226.
12. Vieira MAC, Bezerra EMR, Rosa CMM, organizadores. *População de rua: quem é, como vive, como é vista*. São Paulo: Hucitec; 1992.

Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação quadrimestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de dois mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

Fontes de indexação: o BIS está indexado como publicação da área de Saúde Pública no Latindex. Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina II e Educação.

Copyright: é permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

Patrocinadores: o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Resumo: os resumos dos artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br, antes da submissão dos artigos. Deverão ter até 200 palavras (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com 3 palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

Submissão: os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br e ter entre 15.000 e 25.000 caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word 97/2003, ou equivalente, a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. Figuras e gráficos devem ser enviados à parte.

Título: deve ser escrito em Times New Roman, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

Autor: o crédito de autoria deve estar à direita, em Times New Roman, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com nota de rodapé numerada informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição a qual pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

Subtítulos do Texto: nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

Corpo do Texto: o corpo do artigo deve ser enviado em Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Transcrições de trechos dentro do texto: devem ser feitas em Times New Roman, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

Citação de autores no texto: deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros): devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Referências: preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser ordenadas alfabeticamente e numeradas, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

Espaçamento das referências: deve ser igual ao do texto, ou seja, Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Termo de autorização para publicação: o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

Obs.: no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da resolução CNS 196/1996 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

Avaliação: os trabalhos são avaliados pelos editores científicos e por editores convidados, a cada edição, de acordo com sua área de atuação.

Acesso: a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP, em parceria com a BIREME, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br

BIS - números já editados



BIS (v. 14 - n° 2)
Avaliação de Tecnologias
da Saúde



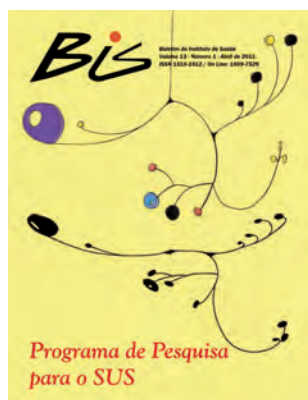
BIS (v. 14 - n° 1)
Saúde do homem no SUS



BIS (v. 13 - n° 3)
A Incorporação dos Resultados
das Pesquisas Científicas no SUS



BIS (v.13 - n°2)
Mosaico de Inclusões

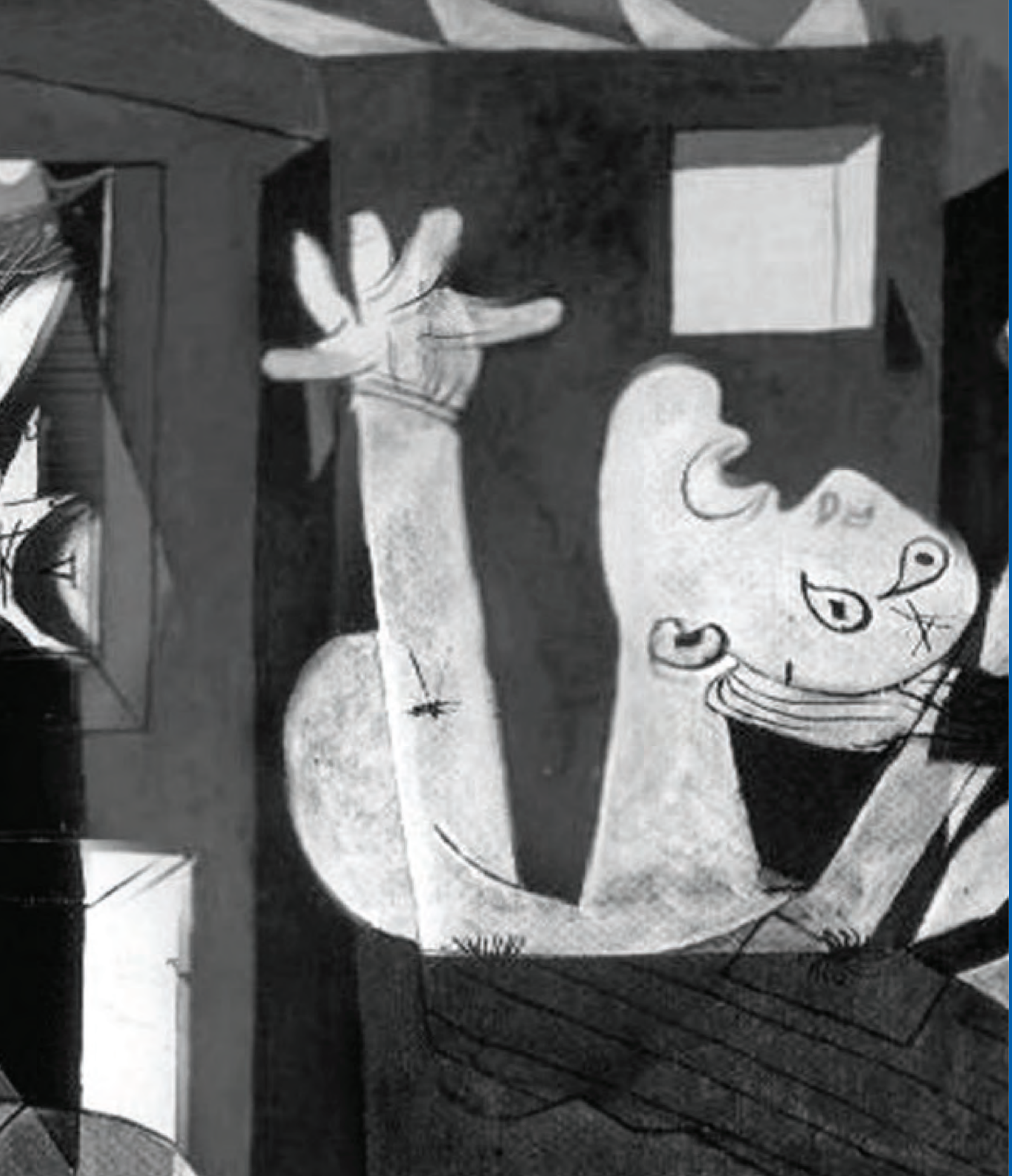


BIS (v.13 - n°1)
Programa de Pesquisa para o
SUS



BIS (v.12 - n°3)
Direito à Saúde

Edições disponíveis no site www.isaude.sp.gov.br



**SECRETARIA
DA SAÚDE**

