

GEÓRGIA ROSA LOBATO

**CONHECIMENTOS
E PRÁTICAS DOS
PROFISSIONAIS
DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DIANTE
DA VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA
CONTRA CRIANÇAS
E ADOLESCENTES
NO MUNICÍPIO DE
TERESÓPOLIS - RJ**



Copyright© 2022
Direitos adquiridos para esta edição pela Editora UNIFESO

EDITORA UNIFESO
Comitê Executivo
Roberta Montello Amaral (Presidente)
Anderson Marques Duarte (Coordenador Editorial)
Valter Luiz da Conceição Gonçalves

Conselho Editorial e Deliberativo
Roberta Montello Amaral
João Cardoso de Castro
Mariana Beatriz Arcuri
Verônica dos Santos Albuquerque
Vivian Telles Paim

Assistente Editorial
Laís da Silva de Oliveira

Revisor
Anderson Marques Duarte

Formatação
Laís da Silva de Oliveira

Capa
Thiago Pereira Dantas (Thierry)

L777	Lobato, Geórgia Rosa
Conhecimentos e práticas dos profissionais de Saúde da Família diante da violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Teresópolis - RJ / Geórgia Rosa Lobato. --- Teresópolis: Editora UNIFESO, 2022.	
117p.: il.	
ISBN: 978-65-87357-32-4	
1. Maus-Tratos Infantis. 3. Violência Doméstica. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Notificação. 6. Análise de Conteúdo (comunicação). I. Título.	
CDD 362.76	

EDITORA UNIFESO
Avenida Alberto Torres, nº 111
Alto - Teresópolis - RJ - CEP: 25.964-004
Telefone: (21)2641-7184
E-mail: editora@unifeso.edu.br
Endereço Eletrônico: <http://www.unifeso.edu.br/editora/index.php>
Direitos adquiridos para esta edição pela Editora UNIFESO

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – Feso

Antônio Luiz da Silva Laginestra

Presidente

Jorge Farah

Vice-Presidente

Luiz Fernando da Silva

Secretário

José Luiz da Rosa Ponte

Kival Simão Arbex

Paulo Cezar Wiertz Cordeiro

Wilson José Fernando Vianna Pedrosa

Vogais

Luis Eduardo Possidente Tostes

Direção Geral

Michele Mendes Hiath Silva

Direção de Planejamento

Solange Soares Diaz Horta

Direção Administrativa

Fillipe Ponciano Ferreira

Direção Jurídica

CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS – Unifeso

Verônica Santos Albuquerque

Reitora

Roberta Montello Amaral

Direção de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Mariana Beatriz Arcuri

Direção Acadêmica de Ciências da Saúde

Vivian Telles Paim

Direção Acadêmica de Ciências e Humanas e Tecnológicas

Pedro Luiz Pinto da Cunha

Direção de Educação a Distância

HOSPITAL DAS CLÍNICAS COSTANTINO OTTAVIANO – Hctco

Rosane Rodrigues Costa

Direção Geral

CENTRO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – Ceso

Roberta Franco de Moura Monteiro

Direção

CENTRO CULTURAL FESO PROARTE – Ccfp

Edenise da Silva Antas

Direção

Em memória de duas pessoas que devem estar muito orgulhosas de mim:

Dr. Oscar Lobato, meu avô, amante da saúde pública e exemplo do que atualmente se denomina medicina de família e da comunidade.

Prof. Laucyr Pires Domingues, meu tio, que me iniciou na vida acadêmica e ensinou a amá-la.

AGRADECIMENTOS

Às minhas queridas orientadora e co-orientadora, Claudia Leite Moraes e Marilene Cabral do Nascimento, por todas as contribuições que abrilhantaram este estudo, pelo companheirismo, atenção e dedicação incessantes.

Aos amigos do UNIFESO, pelo apoio e compreensão nos momentos em que necessitei me distanciar para realização deste trabalho, principalmente em seu processo de finalização.

Ao UNIFESO, pelo apoio financeiro no desenvolvimento desta pesquisa. À Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis, pela oportunidade de realização desta pesquisa de campo.

Às equipes de Saúde da Família entrevistadas, pelo acolhimento e disponibilidade em fazer parte deste estudo.

Aos meus pais e minha irmã, Eduardo, Denise e Milena, pessoas fundamentais às quais sempre agradecerei pelo companheirismo e incentivo em todos os momentos da minha vida. Ao meu marido Luiz Eduardo, pelo apoio e compreensão dos longos momentos de ausência em frente ao computador.

Ao meu filhinho Eduardo, que nasceu durante a realização deste estudo e já parecia entender o que vinha pela frente: mãe que trabalha, estuda e pesquisa.

À Denise, que cuidou do Eduardo nos momentos em que eu não pude estar.

À Rafaela, pela transcrição das entrevistas.

À Luciana Borges, pelo apoio e incentivo para estudar violência desde quando esta dissertação era um projeto para seleção do mestrado.

RESUMO

Introdução: A Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta peculiaridades em sua proposta de atenção que pode auxiliar na prevenção, detecção e acompanhamento de famílias que vivenciam situações de violência. Entretanto, o que se percebe na prática é uma grande dificuldade do problema ser identificado como prioridade. Esta pesquisa teve como objetivos identificar se os profissionais de Saúde da Família percebem o fenômeno da violência doméstica contra a criança e o adolescente como algo a ser enfrentado pela equipe; identificar o que as Equipes de Saúde da Família (EqSF) reconhecem como casos de violência doméstica contra a criança e o adolescente; analisar o conhecimento das EqSF para identificação de situações de violência doméstica nas famílias adscritas; mapear as práticas relatadas pelas equipes para o enfrentamento da violência doméstica no âmbito da ESF e analisar as principais facilidades e desafios que as equipes apresentam com relação à notificação dos casos suspeitos ou confirmados dos maus-tratos contra a criança e o adolescente ao Conselho Tutelar e à SMS.

Métodos: Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa no município de Teresópolis - Rio de Janeiro. A população de estudo foi composta por 25 profissionais de 3 equipes da ESF. A coleta de dados foi realizada através de entrevista individual face a face, com utilização de roteiro temático semi-estruturado. A análise e interpretação dos dados foram apresentadas sob a ótica da Análise de Conteúdo.

Resultados: Os principais resultados encontrados foram que as EqSF reconhecem que há casos de violência doméstica nas famílias adscritas, frequentemente correlacionada ao uso e tráfico de drogas, ao alcoolismo, à desestruturação da família e à miséria. Referem como desafio a ser superado para a detecção, notificação ao Conselho Tutelar e acompanhamento das famílias o fato de terem vínculo permanente com a comunidade e a dificuldade em relação às práticas integrais de saúde diante da violência doméstica contra crianças e adolescentes, além do encaminhamento intersetorial. Detectou-se que há dúvidas ou desconhecimento sobre a presença da ficha de notificação na unidade de saúde e que se evita ao máximo a notificação dos casos. Além disso, a maioria dos profissionais de saúde se sente insegura pela falta de conhecimentos e habilidades específicos para o manejo dos casos de violência doméstica.

Conclusão: É fundamental que o tema violência doméstica integre as iniciativas de educação permanente para as EqSF e que esta englobe, especialmente, informações sobre as características e formas de apresentação das situações de violência nos serviços de saúde, questões relativas à segurança do profissional, a necessidade de uma abordagem integral das famílias e estratégias que aumentem a integração

com o Conselho Tutelar e outros setores da sociedade no intuito de fomentar práticas de enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente considerando seus diversos fatores.

Palavras-chave: Violência contra a criança e o adolescente; violência doméstica; notificação; Estratégia de Saúde da Família; Análise de conteúdo

ABSTRACT

Introduction: The Family Health Strategy presents some peculiarities in its proposal of attention which can promote prevention, early detection and following up of families which experience violent situations. However, what can be noticed is that this kind of problem is not considered priority. Method: The objectives of this study were: to identify if family health professionals regard domestic violence against children and adolescents as something to be faced by the health team; identify what Health Care Teams recognize as domestic violence against children and adolescents; analyze the main facilities and challenges the teams face to notify these cases; to map the main practices they use to deal with domestic violence within the scope of family health strategies and to analyze the main facilities and challenges the teams present to notify suspect and confirmed cases of bad deals against children and adolescents to the Child Protective Services Division and to the Municipal Secretary of Health. A qualitative sample study was performed in the municipality of Teresópolis – Rio de Janeiro State. Data collection was carried out through face-to-face interviews using a semistructured thematic guide. Data analysis and interpretation were performed using the content analysis method. The study population included 25 professionals and 3 Family Health Strategy teams. Results: The results of the study show that Family Health Strategy teams recognize that domestic violence affects families and that it is frequently associated to drugs, alcoholism, family breakup and misery. The health teams consider their permanent connection to the community and the difficulty to assure integral health practices in situations of domestic violence against children and adolescents as their main challenges. Conclusion: It was also possible to detect lack of knowledge or doubts in relation to the use of the notification form in the health units and that health professionals avoid to notify cases of domestic violence. The majority of health professionals feels insecure because of their lack of knowledge and skills to deal with domestic violence. Any permanent educational strategy used to improve family health teams understanding of the subject must include information on the main characteristics of domestic violence situation which can be encountered by health professionals, as well as issues related to the security of health professionals and to the necessity of an integral approach to families.

Key words: Violence against children and adolescents; Domes-
tic violence; Notify; Family Health Strategy; Content analysis

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

AIDIPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância.

APAV – Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência

APS – Atenção Primária à Saúde.

APVP – Anos Potenciais de Vida Perdidos
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.

CT – Conselho(s) Tutelar(es).

DAB – Departamento de Atenção Básica.

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.

EqSF – Equipe(s) de Saúde da Família.

ESF – Estratégia de Saúde da Família.

FN – Ficha de Notificação Compulsória de Maus-Tratos.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

MS – Ministério da Saúde.

MTC – Maus-Tratos contra a Criança.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde.

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PMT – Prefeitura Municipal de Teresópolis.

PSF – Programa Saúde da Família.

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria.

SES – Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

SNCMT – Sistema de Notificação Compulsória de Maus-Tratos contra a Criança e o Adolescente.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UNIFESO – Centro Universitário Serra dos Órgãos.

USF – Unidade (s) de Saúde da Família.

VD – Visita Domiciliar.

VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes.

VIJI – Vara da Infância, Juventude e Idoso.

Conhecimentos e práticas dos profissionais de Saúde da Família diante da violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Teresópolis - RJ

GEÓRGIA ROSA LOBATO

SUMÁRIO

RESUMO	5
ABSTRACT	6
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	8
1.1 AS VIOLÊNCIAS E SUAS MÚLTIPLAS DEFINIÇÕES	16
1.3 MAGNITUDE, FATORES DE RISCO E CONSEQÜÊNCIAS À SAÚDE DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO MUNDO E NO BRASIL	21
1.4 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	27
1.5.2 A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO	34
1.6.2 INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS PARA PROMOÇÃO DA PAZ E PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS E O PAPEL DA ESF NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE	38
2 JUSTIFICATIVA	44
3 HIPÓTESE	47
4 OBJETIVOS	47
4.1 OBJETIVO GERAL	47
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
5 PROCEDIMENTOS E MÉTODOS	48
5.1 CENÁRIO E POPULAÇÃO DO ESTUDO	48
5.2 PESQUISA DE CAMPO	53
5.2.1 INSTRUMENTOS DE COLETA	53
5.3 ANÁLISE DO MATERIAL	55
6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	58
6.1 VIOLÊNCIAS NO TERRITÓRIO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	58
6.2 PERCEPÇÃO E DETECÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	67
6.5 CONSTRUÇÃO DA PAZ NAS FAMÍLIAS E NA COMUNIDADE	97
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	109

APRESENTAÇÃO

Historicamente, a violência aparece enquanto um fenômeno inerente às relações humanas. Faz parte de nossas experiências cotidianas, varia em suas formas de expressão e é foco de atenção em diferentes setores da sociedade. Enquanto um fenômeno sócio-histórico, a violência transforma-se em um problema de saúde pública porque afeta a saúde individual e coletiva e exige formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor para sua prevenção, detecção precoce e acompanhamento de situações já instaladas (MINAYO, 2006).

Segundo Minayo (2007), a inclusão da violência na pauta do setor de saúde vem ocorrendo muito lentamente no Brasil. Mesmo com escassez de dados, é apontada desde a década de 70 do século XX, como uma das principais causas de morbimortalidade, principalmente em grandes centros urbanos (BRITO; ZANETTA et al., 2005). Apesar disso, somente a partir da década de 80 a temática emergiu como um problema de saúde pública, o que contribuiu para a ampliação do espaço de discussão da questão dos maus-tratos.

Dentre as várias formas de violência que atingem crianças e adolescentes no mundo e no Brasil, a violência doméstica vem se tornando uma preocupação de diferentes atores e instituições sociais. Na maior parte das vezes, se configuram maus-tratos que ocorrem no silêncio dos lares, cujo agressor é alguém pertencente ao núcleo familiar, conhecido da vítima e que deveria desempenhar uma função protetora em sua vida (DESLANDES, 1994).

A atuação de médicos pediatras em hospitais e Organizações não Governamentais, em programas específicos de detecção e acompanhamento de crianças vítimas de violência, fomentou as primeiras iniciativas de intervenção no campo da violência doméstica. A partir da década de 90, se observam alguns avanços em termos de políticas públicas no âmbito da proteção à infância brasileira. Dentre outras iniciativas, a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, aprovada pelo Ministério da Saúde em 2001 e da Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006, se tornaram marcos fundamentais no enfrentamento do problema pelo estado brasileiro. Porém, apesar dos inegáveis avanços ainda restam muitos passos a serem dados na promoção de bons-tratos às crianças e adolescentes.

Visando ampliar o debate sobre as diferentes formas de enfrentar o problema nos serviços de saúde, particularmente, o presente estudo pretende fazer uma análise da abordagem da violência doméstica na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Teresópolis, cida-

de serrana do Estado do Rio de Janeiro. O interesse em abordar a ESF se justifica por esta se constituir um campo de atuação do setor de saúde que favorece aos profissionais reconhecer e enfrentar a violência doméstica no seu cotidiano profissional. Nesse contexto, se torna importante identificar os conhecimentos e práticas dos profissionais da ESF, bem como suas principais dificuldades e seus desafios na abordagem da violência cometida contra crianças e adolescentes.

Com intuito de gerar conhecimento que baseie as ações de saúde no âmbito da Saúde da Família, o objetivo desta pesquisa foi identificar os conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde que atuam nas EqSF do município, diante da violência doméstica contra a criança e o adolescente. Para responder a essa questão, o estudo buscou identificar se estes profissionais de saúde percebem o fenômeno da violência contra a criança e o adolescente como algo a ser enfrentado pela equipe; o que as equipes reconhecem como violência doméstica contra a criança e o adolescente; analisar o conhecimento das EqSF para a identificação precoce e acompanhamento das famílias adscritas em situação de violência doméstica; mapear as práticas das equipes para o enfrentamento da violência doméstica no âmbito da ESF; e finalmente buscou analisar as principais facilidades e desafios que as equipes apresentam com relação à notificação dos casos suspeitos ou confirmados dos maus-tratos contra a criança e o adolescente.

A dissertação está dividida em oito seções: introdução, justificativa, hipótese, objetivos, procedimentos e métodos, apresentação e discussão dos resultados encontrados, considerações finais e referências. Além destas, ao final, encontram-se os apêndices. A Introdução contém seis subseções. Nas duas primeiras são abordadas as diferentes definições para o fenômeno da violência familiar contra a criança e o adolescente e sua tipologia. A terceira trata da magnitude da violência, contextualizada através de dados epidemiológicos, enfatizando as transformações ocorridas no perfil de morbimortalidade em âmbito mundial e nacional. Há também uma exposição sobre os aspectos comportamentais e emocionais das vítimas e agressores que podem potencializar ou não a vitimização infanto-juvenil.

A quarta subseção aborda o surgimento e implantação da Estratégia de Saúde da Família no contexto da saúde pública brasileira, enquanto estratégia de reorganização das práticas de atenção à saúde no nível primário. Seqüencialmente, o Programa de Saúde da Família em Teresópolis é contextualizado. Na sexta subseção, algumas facetas relativas à detecção e ao enfrentamento da violência familiar contra a criança e o adolescente na ESF serão enunciadas. Nesta parte do texto foram introduzidos alguns aspectos do enfrentamento da violência familiar cometida contra crianças e adolescentes, habitualmente identificados pelas Equi-

pes de Saúde da Família, para a detecção e a abordagem da violência familiar nos serviços.

Na seção de Procedimentos e Métodos, explicita-se a opção metodológica pelo estudo de caso de natureza qualitativa enquanto princípio metodológico da pesquisa de campo e justifica-se por sua realização em duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município de Teresópolis. A seção está subdividida em três subseções. A primeira destina-se a apresentação do cenário e da população que fez parte do estudo. Na segunda apresenta-se as etapas da pesquisa de campo e o instrumento que foi utilizado na coleta de dados. E para finalizar a seção, apresenta-se os princípios gerais que nortearam a análise dos dados, desenvolvida com base em três categorias teóricas, quais sejam: equipe integração/equipe agrupamento, integralidade e intersetorialidade.

Subsequentemente, encontra-se a apresentação e a discussão dos resultados da pesquisa, subdivididos em cinco subseções: violências no território das equipes de Saúde da Família; percepção e detecção da violência doméstica contra crianças e adolescentes; notificação dos casos; atenção às famílias que vivenciam a violência; e a construção da paz nas famílias e na comunidade. Posteriormente apresentam-se as considerações finais e conclusões a partir deste estudo, além das referências utilizadas para desenvolver os marcos teóricos do projeto e as demais seções. No que se refere aos apêndices, apresenta-se em primeiro lugar o roteiro temático utilizado na pesquisa de campo e em seqüência o Termo de Consentimento livre e esclarecido.

1 INTRODUÇÃO

1.1 AS VIOLÊNCIAS E SUAS MÚLTIPLAS DEFINIÇÕES

Por ter múltiplas manifestações e originar-se a partir de diversos fatores, a violência não apresenta uma única definição. É um acontecimento de causalidade complexa que se refere a:

Conflitos de autoridade, a luta pelo poder e a vontade de domínio de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados, ou por aparatos legais da sociedade (MS, 2005, p.14).

Segundo Arendt “a violência é um meio e um instrumento para a conquista do poder, [...] mas não pode ser confundida com o poder. Ela aparece diante da incapacidade de argumentação e de convencimento de quem o detém” (apud MS, 2005, p.16).

O modelo ecológico de explicação da violência sugerido pela Organização Mundial de Saúde - OMS no primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002) enfatiza o sentido dinâmico e multifatorial na produção da violência:

[...] não há um fator único que explique por que algumas pessoas se comportam de forma violenta em relação a outras, ou porque a violência ocorre mais em algumas comunidades do que em outras. A violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais. Entender como esses fatores estão relacionados à violência é um passo importante na abordagem da saúde pública para evitar a violência (KRUG, 2002, p.12).

Em vista disso, este importante documento propõe que a violência seja o resultado da interação entre fatores dos níveis individual, relacional, comunitário e social que exercem influência sobre o comportamento dos indivíduos na perpetração ou vitimização da violência. O nível individual do modelo ecológico enfatiza que as pessoas têm determinadas características, como por exemplo, “impulsividade, abuso de substâncias tóxicas e histórico de agressão e abuso”, que aumentam a possibilidade de ela ser uma vítima ou um perpetrador da violência”. O

nível relacional explora como as relações sociais que obrigam ao convívio contínuo, tais como, relacionamento entre parceiros íntimos e entre outros sub-sistemas dentro do sistema familiar, podem ser potencializadoras da “vitimização violenta e perpetração da violência”. O terceiro nível que compõe o modelo ecológico analisa “os contextos comunitários em que as relações estão embutidas (escolas, locais de trabalho e vizinhança) e busca identificar as características desses cenários que estão associadas ao fato de a pessoa ser vítima ou perpetrador da violência.” O fator social, último nível do modelo analisa “os fatores sociais mais amplos que influenciam os índices de violência”, tais como as normas culturais que apóiam a violência como uma forma aceitável para solucionar conflitos; normas que reafirmam o domínio masculino sobre as mulheres e crianças; normas que dão prioridade aos direitos dos pais sobre o bem-estar da criança; dentre outras.

Seguindo as recomendações da OMS no documento em pauta, define-se a violência como:

O uso da força ou poder físico, em forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grande probabilidade de ocasionar lesões, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações (OPAS/OMS, 2003, p.3).

Além disso, classifica os maus-tratos em violência dirigida contra si mesmo ou autoinfligida, a violência coletiva e a violência interpessoal. A violência auto-infligida compreende os comportamentos suicidas (suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio) e os auto-abusos (agressões a si próprio e automutilações). As violências coletivas são aquelas que ocorrem em um contexto macro-social e podem ser exemplificadas com os atos terroristas, guerras, processos de aniquilamento de determinados povos por outros, ataques econômicos entre grupos e nações, dentre outras. As violências interpessoais são classificadas em intrafamiliar e comunitária. A violência intrafamiliar é aquela que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família. Este tipo de violência inclui as agressões contra crianças, mulher, homem e idosos. Por violência comunitária entende-se que ocorre no ambiente social em geral, entre pessoas conhecidas e desconhecidas. Algumas de suas expressões são a violência juvenil, agressões físicas, estupros, ataques sexuais e violência institucional, como aquela que acontece em escolas e instituições de saúde (MINAYO, 2006; KRUG, 2002).

Como vimos, dentre as violências interpessoais destaca-se a violência familiar ou doméstica, que segundo o Ministério da Saúde é:

[...] toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família [...]. A violência doméstica distingui-se da violência intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados(as), pessoas que convivem esporadicamente, agregados (MS, 2002 a, p.15).

Deslandes acrescenta as relações de poder e dominação que encontram-se imbuídas nas atitudes violentas e define a violência doméstica (GOMES; DESLANDES, 1994):

Como a existência de um sujeito que em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa (apud SBP, 2001, p.11).

Segundo a mesma autora, no caso da violência contra crianças e adolescentes, a família seria o lócus privilegiado destes atos sociais, conferidos pelos próprios pais ou responsáveis e exercidos de formas variadas, isto é, através de violência física, sexual, psicológica, abandono intencional e negligência.

Na definição proposta por Minayo (2002), a violência contra crianças constitui-se em todo ato ou omissão de pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar dano físico, sexual e ou psicológico à vítima. De um lado, implica numa transgressão no poder, dever de proteção do adulto e da sociedade em geral e, de outro, numa “coisificação” da infância, isto é, numa negação do direito de que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento.

Com ótica semelhante à da OMS, o Ministério da Saúde do Brasil em documento denominado Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PORTARIA MS/GM nº 737 de 16/05/2001) assume a violência enquanto:

Evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros (MINAYO; SOUZA, 1999). Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos.

Este mesmo documento aponta que a violência pode se expressar através da agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional. Além disso, que os homens sofrem mais violência que levam a óbito e tornam-se visíveis nos índices de mortalidade. “Em outros segmentos, porém, sobretudo o de criança, adolescente, mulher e idoso, as violências não resultam necessariamente em óbito, mas repercutem, em sua maioria, no perfil de morbidade, devido ao seu impacto sobre a saúde” (MS, 2001, p.8).

Minayo (2006) entende a violência como sendo múltipla, um fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia; uma dinâmica a ser definida e contextualizada em uma realidade social. Estudos da autora certificam que a violência é parte e resultante das relações, da comunicação e da vida social. Sendo assim, a violência seria uma forma de comunicação e de relação interpessoal.

Segundo Azevedo e Guerra (2000), enquanto violência interpessoal, a vitimização infantil seria uma transgressão do poder disciplinador do adulto, assentado em relações hierárquicas assimétricas de poder entre um adulto ou alguém mais velho e uma criança. Desse modo, consiste em um processo de “objetalização da criança”, ou seja, reduzi-la a uma condição de objeto de maus-tratos (AZEVEDO; GUERRA, 2000, p. 35).

Podemos identificar nas diversas definições a violência como um fenômeno histórico, realizado pelas pessoas dentro de sua cultura. Concordando com Minayo (2006), considera-se que a violência intrafamiliar é, em geral, uma forma de comunicação entre os indivíduos e, quando se detecta em uma família um tipo de abuso, com frequência existe nesta família uma interrelação que expressa de várias formas a violência (MS, 2005). A idéia de intencionalidade encontrada nas definições de violência representa um avanço porque nem todos os casos em que a vítima foi agredida, ela apresenta ferimentos. Como se sabe a violência deixa marcas, que nem sempre são visíveis. Desse modo, os pais precisam ter somente a intenção de fazer coisas que geram ou tem potencial de gerar dano, mesmo que ignorem os possíveis efeitos de seu comportamento (AZEVEDO; GUERRA, 2000).

1.2 TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA FAMILIAR

A natureza intrafamiliar dos atos violentos pode ser classificada em quatro modalidades, quais sejam (MS, 2005; KRUG, 2002):

- Abuso Físico ou Sevícias Físicas: são atos violentos com uso da força física de

forma intencional, não acidental, praticada por pais ou responsáveis, com o objetivo, manifesto ou não, de ferir, lesar ou destruir a criança ou o adolescente, deixando ou não marcas evidentes da agressão. Mais recentemente o castigo repetido, não severo, passou a ser considerado manifestação de violência física. Além desta forma, a violência física pode ser expressa por meio de tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, estrangulamentos, lesões por arma de fogo, obrigar a tomar medicamentos desnecessários ou inadequados, álcool, drogas ou outras substâncias, inclusive alimentos (MS, 2002a; MS, 2002b).

- Abuso Psicológico: consiste em dizer, fazer ou exigir algo a criança e/ou adolescente, de modo sistemático que cause danos conscientes a sua auto-estima e/ou estrutura emocional em formação. Inclui as agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, chantagear, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou isolá-la do convívio social (MS, 2002b).
- Abuso Sexual: abuso de poder através do qual uma criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto, ou adolescente mais velho, sendo induzida ou forçada a práticas de cunho sexual, com ou sem violência, que sejam inapropriadas à sua idade e seu desenvolvimento psicosssexual. Ato ou jogo sexual que ocorre nas relações hetero ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Pode se apresentar por meio de carícias e manipulação dos órgãos genitais, masturbação, voyeurismo, estupro, penetração oral, anal ou genital com pênis ou objetos de forma forçada, uso de linguagem erotizada, exploração sexual, exposição obrigatória a material pornográfico (MS, 2002b).
- Negligência: abarca a recusa ou a deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados. É o ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente, que apesar de informado e ter condições, intencionalmente deixa de prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento. “O abandono é considerado uma forma de extrema negligência”. Alguns exemplos de comportamento negligente são: “falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde; o descuido com a higiene e o não provimento de estímulo e de condições para a freqüência à escola” (MS, 2002b, p. 12).

A Síndrome de Munchausen por procuração, a Síndrome do bebê sacudido e da

criança espancada são alguns outros exemplos que ilustram as injúrias que podem ser infligidas à criança e ao adolescente dentro de suas casas, por pessoas que deveriam ocupar uma função protetiva e assegurar seu pleno desenvolvimento social, físico e psicológico.

Um ponto que merece destaque por ser foco de discussões no âmbito dos agravos à saúde, são os acidentes domésticos que acometem principalmente as crianças. Nesse caso, as reflexões versam sobre a distinção entre os acidentes domésticos e a violência familiar. Alguns estudos revelam que as famílias declaram como acidentes, atos de violência contra a criança (MS, 2005). A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (MS, 2001) aponta crianças, adolescentes e jovens, grupo que engloba os indivíduos na faixa etária de zero a 24 anos de idade, como vítimas de diferentes tipos de acidentes e violências. Na infância, o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos; na adolescência, o espaço extra-domiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico. Por essa razão, este documento classifica em:

[...] acidentes domésticos (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões) e acidentes extra-domiciliares (acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões); violências domésticas (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violências extradomiciliares (exploração do trabalho infante juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios), bem como as violências auto-infligidas (como a tentativa de suicídio) (MS, 2001, p. 19).

1.3 MAGNITUDE, FATORES DE RISCO E CONSEQÜÊNCIAS À SAÚDE DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO MUNDO E NO BRASIL

No Brasil e em outros países do mundo, pesquisas epidemiológicas mostram um crescimento das taxas de morbidade e mortalidade por acidentes e violências nas últimas décadas. Estes dados apontam uma mudança no perfil de morbimortalidade no país: na mortalidade geral em 1960, as causas violentas ocupavam o 4º lugar; a partir dos anos 80 e 90, subiram para o 2º lugar entre as causas de óbito da população em geral, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório (PIRES; MIYAZAKI, 2005; SOUZA, 2005).

A mortalidade por causas externas representa um percentual de 28,6% dos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) da população brasileira em geral e tem encontrado

suas vítimas preferenciais nos jovens, representando sua principal causa de morte. No Brasil, não existem dados consistentes a respeito da magnitude da violência quando se trata da morbidade, ou seja, lesões e agravos não fatais que levam a intervenções médicas e internações hospitalares. Apesar do subdimensionamento dos dados, Souza (2005) salienta o crescimento da violência social no país, sobretudo aquela que atinge os jovens.

Esse fenômeno alterou o seu modo de viver, suas necessidades de atenção e assistência e sua forma de morrer. Pode-se dizer que eles se tornaram reféns da violência, comunicando-se e se relacionando de forma violenta e, assim, transformando-se em suas vítimas preferenciais, mas também em autores de práticas delituosas ligadas ao tráfico de drogas e a atos anti-sociais e infratores no âmbito escolar (SOUZA, 2005, p. 643).

No que se refere às violências praticadas especificamente contra crianças e adolescentes, a carência de dados oficiais nacionais também ocorre, indicando um subdimensionamento do problema. No entanto, estima-se que 25% das mortes na faixa etária entre 1 e 9 anos de idade devem-se a essas causas, que representam a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 19 anos e a segunda entre crianças de 1 a 4 anos. “Ou seja, é um problema que atinge toda a infância e adolescência” (PIRES; MIYAZAKI, 2005; MS, 2002 b, p.11).

De acordo com o relatório mundial sobre violência e saúde da OMS, estimou-se que no ano 2000 haveria 57.000 casos de mortes por homicídios de crianças abaixo de 15 anos de idade no mundo. Os dados mundiais sobre mortalidade apontam que as crianças na faixa etária entre 0 e 4 anos de idade são as vítimas preferenciais da violência fatal, estando os meninos mais expostos do que as meninas. No cômputo geral, os homicídios atingem mais os homens do que as mulheres no mundo, principalmente aqueles entre 15 e 29 anos (19,4 para homens e 4,4 mulheres para cada 100.000 habitantes) (KRUG, 2002).

Os dados mais recentes encontrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) a respeito do número de óbitos por homicídios no Rio de Janeiro, reportam-se ao ano de 2004 e mostram que a violência fatal atingiu 31 crianças de 0 a 9 anos, 86 entre 10 e 14 anos e na faixa etária entre 14 e 19 anos as taxas elevam-se para 1.261 mortes. Das Unidades Federativas do Brasil, segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) o primeiro lugar em mortes por homicídios na faixa etária entre 14 e 19 anos fica com

o estado de São Paulo com 1.758 mortes, incluindo meninas e meninos (BRASIL, 2008). É importante ressaltar que os dados nacionais e especificamente os do estado do Rio de Janeiro, coincidem com aqueles sugeridos por estatísticas de outros países e cidades do mundo.

Já os dados sobre a violência não fatal são pouco consistentes, visto que em muitos países não há sistematização de definições teórico-operacionais e de sistemas de monitoramento das ocorrências, o que dificulta estimativas mais realísticas sobre a magnitude do problema. Em geral, os dados são provenientes de diversas organizações, que funcionam independentes umas das outras, com evidências de que apenas uma pequena proporção desses casos é reportada às autoridades. A qualidade das informações é um dos entraves para uma estimativa mais fidedigna sobre os casos. Por exemplo, os registros médicos podem conter informações sobre o diagnóstico e a lesão, mas não conter as circunstâncias nas quais ocorreu. Somando-se a isso, muito do que se sabe a respeito da violência não fatal é proveniente de pesquisas e estudos sobre o assunto, cujos dados são balizados em depoimentos das próprias vítimas. “É difícil saber se eles sobrestimam ou subestimam a real abrangência das agressões físicas e sexuais entre esses grupos populacionais.” (KRUG, 2002, p.11).

Nos países onde há pressões culturais mais fortes para manter a violência entre quatro paredes ou simplesmente para aceita-la como natural, a violência não fatal parece ser subestimada nos relatórios. As vítimas podem relutar em discutir as experiências violentas, não só devido à vergonha e aos tabus, mas também por terem medo (KRUG, 2002, p.11).

No Brasil, dados nacionais oficiais a respeito da violência perpetrada a crianças e adolescentes publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1989 apontam o domicílio como o local onde mais frequentemente ocorrem agressões físicas na infância e adolescência. Segundo a pesquisa, cerca de 200 mil crianças e adolescentes declararam terem sofrido agressão física no ano que antecedeu a pesquisa, sendo os agressores parentes e conhecidos em 80% dos casos (MS, 2005).

Conforme estudos realizados, características das crianças, famílias, agressor, meio social e comunidade podem potencializar o risco para a ocorrência de abuso familiar contra a criança e o adolescente. Pais com histórico de maus-tratos em sua infância podem repeti-lo, especialmente com seus próprios filhos ou com outras crianças e adolescentes com os quais se relacionam socialmente. Casais que se maltratam intimamente também contribuem para o aumento desse risco (PIRES; MIYAZAKI, 2005; KRUG, 2002; MS, 2002 b).

Em relação à idade das crianças, as estatísticas mundiais indicam que as de menor faixa etária estão mais sujeitas a sofrerem abusos físicos fatais. Vale dizer que, embora os dados de diversos países sejam próximos ou coincidentes, eles também apresentam algumas peculiaridades de acordo com as características de cada país. Segundo a OMS (KRUG, 2002), em países como Alemanha, Finlândia e Senegal, a maioria das vítimas são crianças com menos de 2 anos de idade. Na China, por exemplo, o abuso físico não fatal é mais frequente na faixa etária entre 3 e 6 anos e na Índia, entre as crianças de 6 a 11 anos de idade. Em contrapartida, em relação aos maus-tratos sexuais, as taxas aumentam na adolescência, vitimando principalmente as meninas. No caso das disciplinas físicas, em diversos países do mundo as mulheres mães ou que exerçam a função materna aparecem nas pesquisas como as principais perpetradoras. Já, tanto no caso dos abusos sexuais perpetrados às meninas quanto aos meninos, os homens aparecem como os principais perpetradores.

O tipo de estrutura familiar também é uma característica que influencia no aumento ou não de violência contra a criança. Dados da OMS indicam que os pais que mais abusam fisicamente de suas crianças são os mais jovens, solteiros, pobres, desempregados e com níveis mais baixos de escolaridade. Famílias monoparentais, principalmente aquelas chefiadas por mulheres parecem se constituir como importante fator de risco para a ocorrência de maus-tratos contra a criança e o adolescente. Além disso, aquelas com maior número de indivíduos parecem apresentar um maior risco para o abuso. Um estudo realizado na China indicou que as famílias com quatro ou mais crianças apresentam maiores índices de maus-tratos infantis do que outras com menos crianças (KRUG, 2002).

Em relação às características de personalidade e comportamento dos abusadores, estes parecem apresentar baixa auto-estima, pouco controle sobre seus impulsos e atitudes anti-sociais. Alguns estudos sugerem ainda que a dependência de drogas, alcoolismo, história de abuso e prostituição, também são condições associadas ao agressor que predis põem para a perpetração de maus-tratos (KRUG, 2002; PIRES; MIYAZAKI, 2005, p.45). Souza (2005), ao abordar o impacto das causas externas, especificamente aquelas que se referem à violência social que atinge aos jovens e a população em geral, diz que:

Além da repercussão física, também produzem danos psicológicos, cuja dimensão é até hoje desconhecida; afetam diretamente o setor saúde, que recebe suas vítimas e para elas tem de dispensar atendimento integral de assistência, recuperação e reabilitação, mas também de prevenção e promoção da saúde, o que eleva os custos do setor (SOUZA, 2005, p. 644).

Inicialmente, as análises sobre as repercussões da violência contra a criança se restringiam às conseqüências traumáticas do abuso físico. Apenas recentemente, este campo de investigação passou a incorporar as conseqüências psicológicas da violência familiar na saúde de suas vítimas (REICHENHEIM; HASSELMAN; MORAES, 1999). Os abusos físicos são apontados por estes autores como causadores de conseqüências imediatas, mediatas ou de longo prazo. As imediatas são aquelas mais facilmente identificáveis por serem geralmente visíveis. Por exemplo, as conseqüências traumato-ortopédicas decorrentes de abuso físico, as lesões de pele, cortes, queimaduras e rompimento de órgãos. Há casos em que os traumas são mais graves necessitando de internação hospitalar, podendo levar ao óbito.

Os abusos sexuais, na maioria das vezes ocorrem sem deixar sinais físicos visíveis. Acontecem sem que haja necessariamente violência física e são geralmente perpetrados por alguém conhecido da vítima.

Já as situações de negligência são de difícil detecção, assim como suas conseqüências. A própria definição de negligência familiar é de difícil operacionalização. No entanto, crianças negligenciadas parecem ter maior risco de serem vítimas de acidentes domésticos como, por exemplo, quedas, envenenamentos e queimaduras graves.

Em se tratando das diversas repercussões da violência familiar sobre a saúde de crianças e adolescentes, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências afirma que:

A gravidade desse tipo de violência manifesta-se tanto nas conseqüências imediatas quanto tardias, tais como rendimento escolar deficiente e alteração do processo de crescimento e desenvolvimento. A violência contra a criança e o adolescente é potencializadora da violência social, estando presente na gênese de sérios problemas, como população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção (MS, 2001, p. 20).

Franco (2005) aborda três níveis de impacto negativo da violência sobre a vida e o bem-estar da população e sobre o setor da saúde. Fala que em primeiro lugar a violência produz um grande número de vidas perdidas por homicídios e suicídios e que essas vidas são de altíssimo custo social, porque a maior parte das vítimas de violência é composta por jovens e suas perdas implicam em perdas afetivas, econômicas e políticas. Em segundo lugar, o autor aponta que

a violência deteriora a qualidade de vida da população. As vítimas diretas e indiretas das diferentes formas de violência experimentam sensações de dor, impotência, perda, tristeza, medo, intranquilidade e insegurança. O terceiro nível trata das múltiplas e graves conseqüências da violência sobre o setor de saúde, que acaba por ficar sobrecarregado pela demanda assistencial às vítimas de violência “tanto na fase aguda dos problemas [...] como no manejo das seqüelas físicas e psicossociais individuais e coletivas.” Complementa assinalando que os tipos de armas empregadas e a crueldade dos atos de violência interferem na atenção de urgências, reque-rendo níveis cada vez mais altos de complexidade, custos e recursos (FRANCO, 2005, p.629).

Os altos custos sociais, psicológicos e econômicos da violência que afetam toda a sociedade são também destacados em documentos relatando que o fenômeno se transforma em um problema de saúde pública porque, tanto do ponto de vista da vítima, como do agressor, a violência produz uma alta carga de morbimortalidade que pode ser evitada; afeta especialmente, crianças, mulheres e jovens; requer altos recursos financeiros para atenção médica, desviando com freqüência a atenção de outros pacientes; afeta não só a vítima, mas também sua família e entorno, com efeitos negativos imediatos nos planos emocionais, sociais e econômicos, com impactos de médio e longo prazo (OPAS/OMS, 2003).

As vítimas de violência doméstica e sexual têm mais problemas de saúde, custos com assistência à saúde significativamente mais elevados e vão com maior freqüência aos departamentos de emergência do que as pessoas que não têm um histórico de abuso (KRUG, 2002, p.12).

Na Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (MS, 2001), estes agravos são apontados como uma grave violação dos direitos fundamentais. No tocante aos dados sobre morbidade por acidentes e violências, aponta uma subnotificação e precariedade do conhecimento disponível, tanto em nível nacional quanto local. Numericamente, o impacto econômico dos acidentes e das violências no Brasil, medidos através dos gastos hospitalares com internação, inclusive em unidades de terapia intensiva e dias de permanência geral, também é bastante alto. Estima-se que em 1997, o total desses gastos tenha correspondido a R\$ 232.376.612,16, valor que representou, aproximadamente, 8% dos dispêndios com internações por todas as causas (MS, 2001).

É importante assinalar que hospitalizações por lesões e envenenamentos representam um gasto/dia cerca de 60% superior à média geral das demais internações. Dados das

Autorizações para Internação Hospitalar (AIHs), mostram que em 1996, foram registradas 679.511 internações por acidentes e violências, somente nos hospitais ligados ao SUS. Vale ressaltar que a preponderância do sexo masculino e da faixa etária de 15 a 29 anos de idade indica que esses eventos se devem, sobretudo, a acidentes de trabalho e de trânsito. As fraturas, principalmente de membros, motivaram 37,5% das internações, destacando-se também, como causa de internação, as queimaduras entre crianças menores de cinco anos de idade (MS, 2001).

1.4 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Em um cenário político de luta pela democracia no Brasil, a sociedade passa a discutir e reivindicar seus direitos civis e sociais. Dentre eles, o direito à saúde. Assim, a partir da década de 1980, o Estado brasileiro se empenha na promoção de reformas no sistema de saúde orientadas pela democratização e pela universalização do acesso à saúde (COHN, 2005).

Desde a promulgação da Lei nº 8080/90, que implanta o Sistema Único de Saúde (SUS), o direito social à saúde passa a ser dever do Estado. Tendo em vista a necessidade de garantir-se a universalidade do acesso à saúde enquanto um dos princípios constitucionais básicos do SUS, algumas estratégias políticas foram pensadas para que o sistema de saúde brasileiro, ainda que embrionário, pudesse estender seu acesso a toda população. Como aponta Cohn (2005, p. 398):

[...] qualquer direito universal como direito de cidadania requer que o Estado tenha capacidade de oferecer serviços adequados e o acesso integral a diferentes níveis de atendimento contemplando as necessidades dos cidadãos, independente da situação destes no mercado.

Nesse contexto histórico-social e político foi criado pelo MS inicialmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1990 e posteriormente, o Programa de Saúde da Família (PSF), mais tarde denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1994, para organizar a atenção primária no SUS e reestruturar o sistema público de saúde como um todo.

[...] os programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família, ao invés de assumirem a lógica de um pacote básico de serviços de saúde focados nos segmentos mais pobres da população, tornam-se programas estratégicos para mudança da própria lógica do modelo de atenção à saúde vigente no país (COHN, 2005, p. 397).

Este novo paradigma na saúde pública representa um contraponto ao modelo curativo de assistência que vinha sendo questionado desde a década de 1970 pelo movimento de re-

forma sanitária brasileira. O hospital, como espaço privilegiado para o enfrentamento dos problemas de saúde, apresentava-se pouco resolutivo diante da situação sanitária da população brasileira. Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2006), a ESF deve ser considerada como uma estratégia e não apenas um programa setorial de saúde, por representar a reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS.

A ESF tem por objetivo garantir a continuidade das conquistas sociais e políticas para o setor da saúde, iniciadas pelo movimento de redemocratização da sociedade brasileira desde a Conferência Internacional sobre cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata, em 1978. Este encontro, promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) na antiga URSS estabeleceu a revalorização da Atenção Primária (APS) como uma estratégia de enfrentamento dos agravos à saúde (MS, 2006). De acordo com a Declaração Oficial da Conferência “a Atenção Primária de Saúde é fundamentalmente a assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar.” (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p.784).

A declaração de Alma-Ata coloca também a necessidade de estruturar-se a APS, que segundo definição de Starfield (Apud, ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p.786), é o nível que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção a todas as pessoas e suas situações de saúde, exceto as incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Além disso, organiza e racionaliza o uso de todos os recursos de saúde, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Deve, em todos os países, sobretudo naqueles em desenvolvimento, focalizar os serviços em saúde para a prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, de acordo com os principais problemas de saúde da comunidade.

A valorização da Atenção Básica como o nível primário de atenção à saúde no SUS potencializa a resolubilidade dos serviços por meio da ampliação do acesso e da qualificação profissional. Ademais, reorienta as práticas sanitárias embasadas na promoção da saúde e na prevenção, levando a uma redução da demanda dos serviços especializados e das internações hospitalares como um dos importantes impactos positivos (LACERDA; TRAEBERT, 2006).

No Brasil a APS ou Atenção Básica à Saúde (ABS) traz como princípios fundamentais para seu funcionamento, a integralidade da atenção, a qualidade, equidade e a

participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes de Saúde da Família buscam estabelecer vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade entre os profissionais e os usuários e a comunidade. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (DAB, 2009).

As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Sua atuação ocorre através de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de Saúde da Família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica à saúde no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

Peduzzi (2001) coloca que o trabalho em equipe é uma estratégia para o enfrentamento das especializações na área da saúde, integrando esses diferentes trabalhos advindos das diferentes áreas do saber médico. Consiste:

Numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 2001, p. 108).

Esta mesma autora diferencia o trabalho em equipe em duas modalidades, de acordo com a forma como a equipe se relaciona, se comunica internamente e com outros setores e organiza seu processo de trabalho articulando as especificidades dos trabalhos especializados. São elas: a equipe como agrupamento, “caracterizada pela fragmentação, pela justaposição de ações e agrupamento dos agentes”. E a equipe como integração, na qual identifica-se características de “articulação das ações e interação dos agentes”, buscando uma “integralidade das ações de saúde” (PEDUZZI, 2001, p. 106).

O trabalho em equipe como integração é estabelecido pela ESF como elemento primordial para a resolubilidade da assistência à saúde da população adscrita. Consolida-se na busca permanente de comunicação, troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe. As EqSF são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com:

um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (DAB, 2009).

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na comunidade através de sua mobilização. A ESF é a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde por ter território definido, com uma população delimitada sob a responsabilidade de suas equipes; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

AESF traz a integralidade da atenção como um dos seus princípios norteadores e eixo condutor das práticas em saúde (PINHEIRO, 2001). Entendido como prestação de atenção integral, contínua e de boa qualidade à população adscrita, a ESF pretende superar a fragmentação do cuidado à saúde decorrente da divisão social e técnica do trabalho, oferecendo às famílias um serviço que as acolha integralmente e lhes proporcione intervenções baseadas na promoção e prevenção, complementadas pela reabilitação e cura dentro do âmbito do atendimento primário (PALACIN, 2004).

Quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. [...] O princípio da integralidade implica em superar reducionismos (MATTOS, 2001, p.62).

A Lei nº 8080/90, em seu artigo 7º, traz uma definição da integralidade da assistência como “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.” Desse modo, “a assistência integral à saúde não se esgota nem se completa num único nível de complexidade técnica do sistema”. Faz-se necessária a articulação entre diversos níveis do sistema de saúde visando à satisfação das necessidades individuais e coletivas dos usuários (CARVALHO, 2006, p.64).

O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) apresentou em 2003 uma carta onde expressa que a ESF é a forma organizativa da APS no SUS, “reafirmando a necessidade de se tornar a prática assistencial no Saúde da Família, uma prática integral [...] na atenção às necessidades em saúde dos indivíduos e na co-responsabilidade pela saúde da população no seu território.” (CONASS, 2007, LIVRO 8, p.75).

Cecílio (2001) traz uma concepção da integralidade pensada de uma for-

ma “macro” e neste aspecto, abarcaria não só a “integralidade focalizada”, ou seja, aquela trabalhada em um espaço delimitado de um serviço de saúde, mas aquela que se articula com outros setores internos ou externos ao setor saúde.

[...] parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde ou não. A integralidade da atenção pensada em rede [...], seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial (CECÍLIO, 2001, p. 117).

A partir da reflexão deste autor podemos pensar sobre as dimensões intersectoriais no âmbito da ESF. Esta, atualmente concebida como mais do que um programa de saúde pública e sim uma estratégia para reorganizar o sistema de saúde brasileiro, se constitui em uma política governamental que deve estar focalizada nas especificidades das morbidades dos grupos sociais pelos quais são responsáveis. Além disso, precisa combater as diferenças enquanto desigualdades sociais, articulando-se a estratégias integradoras dentro do próprio setor da saúde e também com outras políticas sociais (COHN, 2005).

Dessa forma, a ESF, implantada em larga escala em todo território nacional, além de ampliar o acesso da população à saúde e organizar racional e hierarquicamente os diferentes níveis de atenção no SUS, vem oportunizar transformação nas práticas assistenciais dos profissionais de saúde. Estas são baseadas em princípios e diretrizes que vão além da clínica, e têm suas práticas calcadas em vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; estimulação da organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; utilização de sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; atuação de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor de saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (TEIXEIRA; SOLLA, 2005).

O funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) como porta de entrada do SUS, implica em que a Unidade Básica, além de ser um nível de atenção resolutivo, seja filtro e ponto de entrada do fluxo pela rede de assistência à saúde por meio da articulação com os demais níveis de complexidade. De acordo com a Estratégia, as Equipes de Saúde da Família integram-se a uma rede de serviços de forma que garantam atenção integral aos indivíduos e famílias, assegurando-se a referência e contra-referência para os diversos níveis

do sistema de saúde, daqueles problemas identificados na atenção primária à saúde. Dessa forma, tornam-se condutoras dos cuidados do paciente pela rede de saúde na busca da melhor e mais eficaz opção de assistência para cada caso (RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004).

As ações e serviços de saúde passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, determinando uma nova configuração das instituições de saúde, dispostas em níveis de complexidade crescentes, respeitando os princípios organizativos do SUS. Os profissionais que compõem a atenção primária são responsáveis pela garantia da integralidade da assistência em nível individual e coletivo, garantindo a resolubilidade da assistência em um determinado território. Para tanto, é fundamental que as equipes implementem algumas diretrizes operacionais no cotidiano de seu funcionamento, tais como: intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; eleição da família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanização das práticas de saúde através do estabelecimento de vínculo entre a equipe e a comunidade; e estabelecimento de relações de parceria entre a equipe e outros setores sociais no desenvolvimento de ações intersetoriais com vistas a resolução dos problemas locais de saúde, dentre outros (LACERDA; TRAEBERT, 2006).

O PACS foi criado antes da ESF e atualmente é considerado parte dela. Os agentes comunitários de saúde são concebidos como elo entre os trabalhadores das unidades básicas de saúde da família e a comunidade (NASCIMENTO; CORREA, 2008). Atualmente podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. No Brasil ainda existem municípios onde há somente o PACS e nestes casos, o programa pode ser considerado como uma transição para a ESF.

Dados de março de 2009 mostram 29.300 Equipes de Saúde da Família, implantadas em municípios de todo o território nacional. Esses dados representam uma cobertura populacional de 49,6%, correspondendo a cerca de 93,2 milhões de pessoas atendidas (DAB, 2009).

No que se refere às funções dos agentes comunitários, no PACS, suas ações são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde. Mesmo naquelas localidades onde os ACS fazem parte da equipe de Saúde da Família, encontramos uma tendência a que na hierarquia da equipe, esses profissionais fiquem submetidos aos enfermeiros (DAB, 2009).

Podemos perceber que tanto o PACS quanto o PSF fazem parte de uma estratégia da ges-

tão pública, com intenção de estender o acesso da população aos serviços de saúde, transformando a atenção primária, como diz Cohn (2005), num mecanismo de busca ativa da população usuária e daquela potencialmente usuária. Além disso, enquanto nível primário do sistema, pode se comportar como um potente mecanismo, junto à população, para racionalização do consumo e da utilização dos serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade. Um dos principais desafios da ESF na atualidade diz respeito a ampliação da resolubilidade de sua atuação.

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela Estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (DAB, 2009).

1.5 O MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1.5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS

O município de Teresópolis localiza-se na região serrana do Estado do Rio de Janeiro. A população estimada pelo IBGE para o ano de 2008 é de aproximadamente 160.000 habitantes, divididos entre as áreas urbana e rural. De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), há 48.844 pessoas cadastradas na ESF moradoras da zona urbana, totalizando 14.766 famílias e 6.436 pessoas que residem na área rural, totalizando 1.991 famílias.

Em relação ao perfil sócio-demográfico e de saúde do município, podemos perceber através dos dados fornecidos pelo SIAB que na zona urbana 62,14% da população cadastrada recebe água tratada no domicílio. 99,52% das casas são de tijolo/adobe. Quanto ao lixo, 97,87% recebe o destino da coleta pública, 1,51% é queimado ou enterrado e 0,62% fica a céu aberto. 58% da população conta com sistema de esgoto, 29,07% utiliza fossa e 12,93% do esgoto fica a céu aberto. 99,85% da população tem energia elétrica. A Hipertensão e a Diabetes são os agravos mais prevalentes na população, sendo que a primeira atinge 12,01% da população e a segunda 3,13%. Em relação aos moradores da área rural, 16,32% da população cadastrada recebe água tratada no domicílio e 83,12% conta com abastecimento proveniente de poço ou nascente. 98,44% das casas são de tijolo/adobe. Quanto ao lixo,

93,52% recebe o destino da coleta pública, 6,03% é queimado ou enterrado e 0,45% fica a céu aberto. 2,81% da população conta com sistema de esgoto, sendo que 84,88 utiliza fossa e 12,31 do esgoto fica a céu aberto. 99,85% da população tem energia elétrica. A Hipertensão Arterial e a Diabetes são os agravos mais prevalentes na população, sendo que a primeira atinge 12,63% da população e a segunda 3,57% (SIAB, 2009).

Em termos do grau de escolaridade dos adolescentes e jovens residentes no município, 88,1% dos indivíduos de 15 a 24 anos de idade contam apenas com as quatro primeiras séries do ensino fundamental completas. Ao se focalizar o desenvolvimento econômico da região e a geração de emprego e renda, os dados são alarmantes. Do total populacional que ocupa postos de trabalho, apenas 29,6% está empregado em trabalhos formais. Esse índice está bem abaixo do Estado do Rio de Janeiro que é de 40,6%. Apenas 30,7% desse contingente populacional conta com um rendimento acima de 3 salário mínimos. Já os dados de habitação apontam que 37% da população vive em condições de moradia inadequadas, ou seja, desprovidos de energia elétrica, água, coleta de lixo e esgoto (PMT – SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E PROJETOS ESPECIAIS, 2009).

Em relação aos indicadores de saúde, 54,7% de todas as crianças de 0 a 4 anos de idade morrem em conseqüência de causas facilmente evitáveis como, por exemplo, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório e afecções originadas do período perinatal. Em relação ao acompanhamento pré-natal, os dados mostram que 93% das mulheres fazem pelo menos 4 consultas de pré-natal durante a gestação (PMT – SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E PROJETOS ESPECIAIS, 2009).

1.5.2 A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO

A ESF em Teresópolis foi implantada em agosto de 1999 e é administrada através de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis (SMS) e o Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO). Segundo dados da SMS em 2009, a população coberta pela ESF neste município representa aproximadamente 29% dos habitantes (SIAB,2009).

De acordo com a SMS e o UNIFESO, a ESF de Teresópolis conta atualmente com 16 equipes de Saúde da Família, dispostas em 13 unidades, sendo 14 equipes atuantes na área urbana e 2 equipes na área rural. Como apresentado na tabela 1, o número de famílias cadastradas em cada equipe varia de 625 no bairro de Pimenteiras que conta com a equipe mais recente no município, até 1.573 famílias adscritas à UBSF de Araras.

Tabela 1: Panorama da ESF em Teresópolis

Unidades Básicas de Saúde da Família	Equipes de Saúde da Família	Nº de famílias Cadastradas	População Acompanhada
Araras ^a	1	1.573	5.228
Barra do Imbuí ^a	1	1.260	4.015
Beira Linha ^a	1	1.129	3.626
Fonte Santa I ^a (1)	2	1.083	3.662
Fonte Santa II ^a (2)		833	2.732
Quinta Lebrão ^a	1	1.149	4.060
Granja Florestal ^a	1	1.151	4.075
Granja Guarani ^a	1	877	2.916
Meudon I ^a	1	1.363	4.448
Meudon II ^a	1	1.302	3.999
Perpétuo ^a	1	590	1.910
Rosario ^a (1)	2	813	2.802
Rosário ^a (2)		1.018	3.383
Vargem Grande ^b	1	1.037	3.404
Venda Nova ^b	1	954	3.032
Pimenteiras ^a	1	625	1.948
TOTAL	14	16.739	55.249

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis – Coordenação de Atenção Básica MAI/2009

Legenda: ^aEquipes lotadas na área urbana; ^bEquipes que atuam na zona rural do município.

As equipes desenvolvem atividades de promoção, prevenção e atenção à saúde da população adscrita. Tais atividades acontecem dentro e fora do espaço das unidades de saúde e envolvem educação continuada, reuniões de educação permanente, reuniões de equipe, reuniões de grupo de educação em saúde (adolescentes, diabéticos, hipertensos, gestantes, planejamento familiar, pré-natal e puericultura), agendamento de atividades e consultas, busca ativa de casos relacionados aos grupos de risco acompanhados pela ESF ou de doenças de notificação compulsória, dentre outras. As consultas são em geral agendadas, porém, há atendimento à demanda espontânea. Em caso de referência para outro serviço, é responsabilidade da equipe de Saúde da Família dar continuidade ao caso através de contrareferência ou de contato direto com o paciente e a equipe para onde foi referenciado. Os ACS devem realizar ao menos uma visita mensal a cada uma das famílias de sua micro-área. (PMT/ SMS/UBS UNIFESO, 2008).

AESF de Teresópolis está vinculada ao UNIFESO através de um convênio entre a instituição de ensino e a Prefeitura. O UNIFESO oferece cursos de graduação e pósgraduação lato sensu. Os cursos de graduação na área da saúde são de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia e Fisioterapia. Os de pós-graduação destinam-se às áreas de mudança metodológica na área da saúde, gestão em saúde, Saúde da Família e residência multiprofissional em Saúde da Família.

Tendo em vista esta peculiaridade, as equipes de Saúde da Família recebem estudantes de

graduação destas áreas, além de estudantes dos cursos de residência multiprofissional em saúde da Família, que engloba médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, fisioterapeutas e farmacêuticos.

A inclusão de estudantes no cotidiano de trabalho das equipes de Saúde da Família gera compassos e descompassos na dinâmica da atenção à saúde. Minha experiência enquanto facilitadora de educação permanente no território da ESF me permitiu observar como se processa esta interação, escutar depoimentos das equipes e dos estudantes a respeito desse relacionamento, além de mediar conflitos inerentes ao processo de trabalho, buscando encontrar soluções ou formas de convivência mais confortáveis entre componentes do grupo.

De uma forma geral os estudantes são bem vindos, porém as equipes se sentem sobrecarregadas por terem responsabilidades docentes e muitas vezes não se sentem respaldadas ou capacitadas para tal exercício. Reclamam da postura imatura e em algumas situações, mal educada dos estudantes de graduação no interior da unidade de saúde e fora desta quando partem para as visitas domiciliares, principalmente quando acompanhados dos Agentes Comunitários. Os estudantes reclamam muito, principalmente os de graduação em medicina, sobre a rotina de trabalho das equipes e por terem que realizar visitas domiciliares; ações de educação em saúde, principalmente quando estas são fora da unidade de saúde; ações intersetoriais e interdisciplinares. Já ouvi relatos de que estas não seriam atividades próprias de um estudante de medicina. Nota-se a primazia da prática clínica focada no indivíduo e seu tratamento que pode ser ilustrada pela nítida preferência pelo atendimento clínico dentro dos consultórios e a resistência dos estudantes a participarem das visitas domiciliares e outras ações de prevenção e promoção da saúde.

Os pontos favoráveis desse relacionamento dizem respeito aos casos de estudantes que realmente se integram às equipes de saúde, somando seus conhecimentos e esforços acadêmicos àqueles trazidos pelos profissionais. Desta união surgem alguns resultados benéficos para o aprendizado individual do estudante, para o trabalho da equipe que recebe uma injeção de gás e para a comunidade, que sai ganhando com a melhoria da atenção à saúde naquela localidade, que a partir da chegada do estudante pode se tornar mais inovadora e criativa.

1.6 ALGUNS ASPECTOS DO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NA ESF

1.6.1 A IMPORTÂNCIA DO TEMA SE CONSTITUIR UMA PRIORIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A NECESSIDADE DE CAPACITAÇÃO PARA LIDAR COM A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

A ESF atua principalmente em territórios de baixa renda e em comunidades onde há fa-

mílias em situação de risco pessoal e social. São indivíduos que vivem em um contexto histórico e econômico marcado pela má distribuição de renda e a retração do Estado em suas responsabilidades sociais, levando-as a uma situação de miserabilidade e ao conseqüente enfrentamento de crises de sobrevivência material e emocional. Sendo assim, um dos objetivos da Estratégia é expandir o acesso à saúde pública a uma população de baixa renda e de acesso restrito aos serviços de saúde. Este público, desconhecido para o SUS, apresenta peculiaridades em suas vidas que repercutem em seu processo de saúde-adoecimento e não devem ser desconsideradas ao se analisar o fenômeno da violência doméstica.

A violência doméstica contra a criança e o adolescente é considerada um dos agravos que por ter raízes sociais, sanitárias, econômicas, emocionais e culturais, exige para seu enfrentamento a busca de práticas interdisciplinares e intersetoriais pelos profissionais de Saúde da Família, visto que é impossível que o setor Saúde possa responder sozinho pelos determinantes e condicionantes que garantam opções saudáveis para a população (MS, 2006).

Assim, se num primeiro momento a busca da intersetorialidade pelo setor da saúde vinculava-se ao objetivo de consolidar na sociedade uma nova concepção de saúde e maior eficácia dos serviços sobre os níveis de saúde da população, agora ela passa a ser vista como um componente do conjunto maior de busca de inclusão social de vastos segmentos da população[...] (COHN, 2005, p.400).

Apesar da inexatidão dos dados, a violência tem se mostrado relevante pela freqüência com que se apresenta e pelo reconhecimento científico das conseqüências deletérias para o crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes vitimizadas (MS, 2002 b). Desta maneira, vários fóruns de pesquisadores e profissionais de saúde têm chamado a atenção para a necessidade de se instituir o tema como uma das prioridades do setor saúde (MINAYO, 2006; MS, 2001; SBP 2001).

Franco (2005), por exemplo, aponta para a importância da compreensão, enfrentamento e superação das diferentes formas de violência pelo setor de saúde. Salaria que, diante da violência, em muitos casos o setor precisa passar por transformações na estruturação e funcionamento dos serviços de assistência e também no nível da formação dos profissionais de saúde, melhorando seu entendimento em relação aos aspectos conceituais, suas atitudes e habilidades para entender e enfrentar o problema, bem como as conseqüências das diversas manifestações da violência.

A relevância do setor na abordagem das violências também é ressaltada na Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Segundo o documento, a violência doméstica:

Representa um grande desafio para o setor de saúde, pois o diagnóstico deste evento é dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e dos profissionais dos serviços, que têm receio em enfrentar os desdobramentos posteriores (MS, 2001, p. 20).

Minayo e Souza (1999) também se reportam à necessidade de uma melhor capacitação dos profissionais de saúde para o enfrentamento das diversas manifestações de violência para que sejam identificadas, notificadas e acompanhadas. Reforçam a noção do conceito ampliado de saúde, cuja proposta vai além do diagnóstico e do cuidado de lesões físicas e emocionais, para incorporar a compreensão e a mudança de atitudes, crenças e práticas. As autoras afirmam que até alguns anos atrás, os profissionais de saúde eram mais orientados para o diagnóstico e tratamento das “enfermidades de origem biomédica” e hoje são chamados a dar respostas às vítimas de lesões e traumas físicos e emocionais advindos de situações de violência, devendo equipar-se para isso (MINAYO, 2006). Segundo a autora, no contexto atual da saúde pública no Brasil, especificamente no nível de atenção primária, diagnosticar e tratar somente as lesões não promove resolutividade aos casos de violência. Seria necessária uma abordagem integral dos serviços que contemple ações no âmbito da promoção da paz; prevenção da violência; identificação precoce de casos; assistência às vítimas e ao autor da agressão; e ações que visem a reabilitação das mesmas.

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de incremento da capacitação dos profissionais de saúde para o enfrentamento dos casos. Desse modo, impõe-se às equipes de Saúde da Família um desafio diante do enfrentamento da violência que diz respeito às especificidades em relação a conhecimentos e habilidades para detecção e formulação de estratégias de enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente na esfera doméstica.

1.6.2 INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS PARA PROMOÇÃO DA PAZ E PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS E O PAPEL DA ESF NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

Ações e estratégias do Ministério da Saúde brasileiro na linha de Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz reforçam a importância do setor saúde no enfrentamento da violência doméstica contra a criança e o adolescente, considerando a multifatorialidade na determinação deste fenômeno. Estas se pautam na organização da rede de atenção integral às vítimas, garantindo o acesso aos serviços de saúde básicos e especializados para crianças e adolescentes; qualificação dos serviços para o acolhimento e atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência, com uma equipe multiprofissional e abordagem humani-

zada em prol da redução de danos; notificação dos casos de violência garantindo o sigilo e orientação à vítima e à família com relação aos direitos de crianças e adolescentes; acompanhamento das vítimas e das famílias com visitas sistemáticas de profissionais de saúde para identificar as situações de violência e encaminhamentos para as redes intersetoriais e sociais dos casos que necessitam de atendimento específico ou acompanhamento (MS, 2008).

Vale ressaltar algumas destas iniciativas como por exemplo, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria 737/2001); Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (Portaria MS/GM 936/2004), que implantou núcleos de prevenção das Violências e promoção da saúde (NPVPS), financiados pelo Ministério da Saúde; Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria 687/2006) e Notificação de violências contra crianças e adolescentes na rede do SUS.

A Rede de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) (MS, 2006), uma iniciativa do Ministério da Saúde também faz parte deste conjunto. É uma proposta de rede de serviços sentinela de urgência e emergência como estratégia da vigilância de acidentes e violências no SUS. Esta rede pressupõe dois tipos de vigilância, com duas fichas de notificação, que alimentam um sistema de informação, denominado VIVA. Uma das notificações diz respeito a vigilância das violências sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais em serviços de referência, cuja coleta de ficha de notificação é de caráter compulsório e contínuo. O outro componente relaciona-se a vigilância de acidentes e violências em emergências hospitalares selecionadas. Neste caso a ficha de notificação seria coletada em um mês a cada ano (GAWRYSZEWSKI et al, 2007).

Os dados coletados pelo Sistema VIVA, através das fichas de notificação, permitem aos gestores identificarem, dentre outras informações, os principais tipos de violência, onde ocorrem, os horários de maior frequência e o perfil do possível agressor. Esses dados podem auxiliar no planejamento de ações de prevenção e intervenção em relação à violência (MS, 2008).

Numa perspectiva de atenção à saúde de forma integral e intersetorial, a Política Nacional de Promoção da Saúde, tem como um de seus objetivos específicos aumentar a resolutividade do sistema e estimular a adoção de modos de viver não-violentos; desenvolver uma cultura de paz no país e propostas de ações específicas para prevenção da violência que visam a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; implementação da ficha de notificação de violência interpessoal; incentivo ao desenvolvimento de planos estaduais e municipais de prevenção da violência; implantação de Serviços

Sentinela, que serão responsáveis pela notificação dos casos, dentre outros (MS, 2006, p.37).

Recentemente, a estratégia AIDIPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância também identificou a situação dos maus-tratos contra a criança enquanto um problema social e de saúde que requer ações intersetoriais e multiprofissionais para ser enfrentado. Proposta pelo Ministério da Saúde, seu principal objetivo é melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança tanto nas unidades de saúde como na comunidade e no lar. Segundo a estratégia, por ser a violência um problema mundial que afeta a saúde física, mental e o desenvolvimento de milhares de crianças, é necessário que haja avanços na detecção, prevenção, tratamento e no conhecimento da magnitude deste fenômeno (AIDPI, 2006).

A estratégia aponta que a investigação dos maus-tratos deve ser introduzida na rotina de atendimento de todas as crianças que chegam aos serviços de saúde por diversos motivos. Ao se referir aos maus-tratos, ressalta as altas prevalências nos diversos países, mesmo com o freqüente sub-registro dos casos; o grande número de casos ocultados pelas famílias, na medida em que poucas crianças apresentam evidências claras de maus-tratos; a constatação de que em algumas culturas os maus-tratos são naturalizados e considerados formas de educação infantil; e porque quanto mais precocemente forem detectadas situações de maus-tratos infantis, maior a possibilidade de prevenir seqüelas. Além das repercussões diretas à criança, os autores ressaltam aspectos mais gerais, tais como a possibilidade de prevenção das conseqüências e seqüelas dos maus-tratos reduzindo os custos biológicos, sociais, psicológicos e econômicos da violência. Ademais, ao se avaliar sistematicamente os maustratos, além do aumento das taxas de detecção precoce, traz-se o tema da proteção e da promoção dos bons tratos para todas as crianças e estimula-se estilos de vida saudáveis, visto que a prevenção é a porta de entrada para a diminuição de outras formas de violência intrafamiliar (AIDPI, 2006).

Diante da magnitude com a qual o fenômeno da violência vem se apresentando no cenário nacional, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (MS, 2001) também prioriza medidas preventivas e de promoção da saúde voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, além de tratamento para as vítimas.

Esse documento aponta que os investimentos na prevenção primária diminuem o custo no atendimento às vítimas e aumentam o impacto e a abrangência na proteção da população. Complementa afirmando que a assistência às vítimas de acidentes e de violências deverá integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pelas estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial

e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre estes serviços.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) também aponta a necessidade de enfrentamento do problema pelo setor saúde, na medida em que traz um capítulo específico sobre o tema, cujo título é: “Prevenção da Violência e Estímulo à Cultura da Paz”. Neste, se enfatizam as ações públicas para o enfrentamento dos desafios em relação à detecção e enfrentamento da violência intrafamiliar. Dentre as intervenções propostas estão o fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, o investimento dos gestores municipais e estaduais no desenvolvimento de Planos de prevenção da violência, a implementação da ficha de notificação de violência interpessoal e ações de capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento das situações de violência intrafamiliar e sexual (MS, PORTARIA 687/2006).

Apesar de legislações que tornam obrigatória a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos no Brasil, ainda lidamos com a subnotificação dos casos. A notificação dos maus-tratos é uma medida de proteção que cabe a qualquer cidadão e pode ser feita inclusive de forma anônima. É um direito que crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos têm ao chegarem a um serviço de saúde ou qualquer outra instituição. Nesse contexto, um longo caminho a percorrer junto aos profissionais da saúde é desconstruir a concepção da notificação como uma denúncia policial (MS, 2002 b). Uma das definições de notificação de maus-tratos contra a criança e o adolescente é:

Uma informação emitida pelo setor saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o CT, com a finalidade de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus-tratos. O ato de notificar inicia um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor. [...] a notificação não é nem vale como denúncia (MS, 2002 b, p.14).

A sociedade brasileira, através das esferas governamentais e não-governamentais, em um contexto de discussão para a criação de ações a respeito da violência contra a criança e o adolescente, esboçou propostas para a criação de uma rede de atenção às vítimas (MOURA, 2006). Entre outros desfechos relevantes, o movimento culminou com a promulgação de políticas relacionadas à saúde no âmbito federal, dentre elas a Portaria nº 1.968 de 2001 que dispõe sobre a notificação às autoridades competentes de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos pelo SUS e a conseqüente implementação do caráter compulsório das notificações em todo o território nacional (PORTARIA nº 1.968/GM, 2001).

Art. 1º - Estabelecer que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema Único de Saúde–SUS deverão comunicar, aos Conselhos Tutelares ou Juizado de Menores da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por eles atendidos.

Art. 2º - Definir que a comunicação de que trata o Artigo 1º deverá ser feita mediante a utilização de formulário próprio [...].

Parágrafo único. O formulário objeto deste Artigo deverá ser preenchido em 02 (duas) vias, sendo a primeira encaminhada ao Conselho Tutelar ou Juizado de Menores e a segunda anexada à Ficha de Atendimento ou Prontuário do paciente atendido, para os encaminhamentos necessários ao serviço. (PORTARIA nº 1.968/GM, 2001).

Desde então, outras iniciativas governamentais, tanto nas esferas nacional, como na estadual e municipal, vêm sendo realizadas visando a detecção precoce e o acompanhamento intersetorial das situações de violência à criança e aos outros membros da família. Dentre estas se destaca a Resolução Nº 3163/2006 da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, que regulamenta a ficha de Notificação Compulsória de Maus-tratos/abuso sexual contra Criança e Adolescente e estabelece seu fluxo de encaminhamento. Segundo a Resolução, o documento deverá ser encaminhado em primeiro lugar ao Conselho Tutelar e na sua ausência à Vara da Infância, Juventude e Idoso (VIJI) da respectiva localidade e posteriormente à Secretaria Municipal de Saúde, que enviará a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (APAV – SES, 2006):

A criação de um Sistema de Notificação para os maus-tratos contribui para a visibilidade epidemiológica e social do problema, favorecendo o planejamento de ações no campo da saúde e em outras áreas que lidam com a infância e a juventude (MS, 2002 b). Apresenta ainda outros objetivos, como: minimizar ou cessar a violência; enquanto instrumento de promoção de saúde, resgatar o sentido de cidadania da criança e do adolescente preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); resgatar o sentido de saúde, favorecendo o bem estar físico, social e emocional da criança e/ou adolescente e sua família; promover a intersetorialidade ao estabelecer parcerias dentro do setor de saúde e com outras instituições, fortalecendo a rede de apoio social; subsidiar a formulação de políticas públicas saudáveis;

confirmar a violência como uma questão de saúde e o papel do profissional de saúde na sua abordagem. Além disso, é um instrumento educativo para o profissional que lida com a proteção da criança e do adolescente, assim como para a população, levando a mobilização da sociedade para a detecção e enfrentamento do fenômeno da violência (APAV – SES, 2006).

Poucos anos após a promulgação da Constituição de 1988, que assegurava à criança e ao adolescente direitos e proteção, criou-se o ECA (Lei nº 8.069/1990), intensificando-se no Brasil a discussão sobre a proteção à criança e ao adolescente contra qualquer forma de abuso. Esta Lei prevê, entre outros direcionamentos, que situações suspeitas ou confirmadas de maus-tratos contra a criança (MTC) sejam obrigatoriamente encaminhadas aos Conselhos Tutelares (CT), sem prejuízo aos outros direcionamentos necessários.

O Conselho Tutelar, conforme art. 131 do ECA “é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade para zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente”. Algumas de suas atribuições, também previstas nesta mesma Lei Federal, versam sobre atender à criança e ao adolescente que tem seus direitos violados; atender e aconselhar pais e responsáveis das crianças que tiverem seus direitos ameaçados ou violados, podendo aplicar-lhes medidas; encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência; expedir notificação; dentre outras. Vale dizer que o CT não precisa de provas evidentes para apuração de uma denúncia que poderá ser feita inclusive anonimamente (MS, 2002 b, p. 22).

A violência sendo desencadeada por uma multiplicidade de fatores, alguns do âmbito da saúde, como fatores emocionais e dependência química, e outros a ela relacionados, como fatores sociais e econômicos, necessita para seu enfrentamento e prevenção de abordagens plurais. Para isso é necessário recorrer às contribuições da epidemiologia, de outras áreas do saber e também a outros setores da sociedade, além do setor da saúde, a fim de que se lance um olhar interdisciplinar sobre as diversas manifestações de violência que atingem a população (SOUZA, 2005).

A prestação do atendimento às vítimas requererá a estruturação e a organização da rede de serviços do SUS, de forma que possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atenção. A consecução desse atendimento darse-á, sobretudo, mediante o estabelecimento de sistemas de referência entre o setor saúde e as áreas jurídicas e de segurança, para o que será provida a respectiva assessoria técnica no

tocante à definição, implantação e avaliação das ações (MS, 2001, p. 32).

Nessa conjuntura, a Saúde da Família é apontada pelo MS (2005) como estratégia efetiva para o enfrentamento da violência, visto que toma a família como unidade de atendimento e não só o indivíduo. Embora muitos avanços sejam necessários no tocante a formação técnica das equipes de Saúde da Família, o fato de estarem intervindo diretamente na comunidade, através de visitas domiciliares e outras ações em saúde, aumenta as possibilidades de motivar transformações dos hábitos familiares com a promoção dos bons tratos.

2 JUSTIFICATIVA

Atualmente, a violência contra crianças e adolescentes é reconhecida como um problema da saúde pública que afeta toda a sociedade, sem distinção de sexo, raça ou condição social. Constituiu-se em uma das principais causas de óbito no Brasil, classificada pela OMS, sob a rubrica de “causas externas”. É um problema ainda mais grave na infância, visto que as crianças são apontadas como as vítimas preferenciais da violência que ocorre no âmbito doméstico, enquanto que a extradoméstica atinge preferencialmente, adolescentes e adultos jovens (MOURA; REICHENHEIM, 2005).

A literatura revela que o setor da saúde ainda tem grande dificuldade em abordar o problema em todas as suas possibilidades, visto que atua, na maior parte das vezes, apenas em seus efeitos, tratando suas lesões e traumas (DESLANDES, 1999). Entretanto, este tipo de atenção vem se mostrando insuficiente no enfrentamento deste grave problema de saúde pública, exigindo dos profissionais de saúde conhecimentos e práticas que precisam ser promovidos de forma interdisciplinar e intersetorial junto a outros setores governamentais e não governamentais. Vale ressaltar que estudos têm apontado que tais práticas vêm se constituindo enquanto um dos desafios para o enfrentamento da violência pelo setor da saúde (GOMES; DESLANDES, 1994).

Afirmamos que a violência, tal como a saúde, pode ser considerada como um processo social complexo no qual intervêm fatores estruturais, ideológicos e culturais e, portanto não pode prescindir de uma abordagem de cooperação entre as disciplinas (GOMES; DESLANDES, 1994).

Como assinalam Moura e Reichenheim (2005), seja por falta de conhecimento ou medo das implicações legais, muitos profissionais abandonam os casos acreditando que somente as medidas emergenciais são de sua responsabilidade. Como uma das conseqüências, enfrenta-se o subdimensionamento da detecção e da notificação desses casos nos serviços de saúde em

seus diferentes níveis de atenção: primário, secundário e terciário. A baixa visibilidade do problema nos serviços de saúde dificulta, sobremaneira, a implantação de ações de proteção à criança, na medida em que estes são parte fundamental do sistema, tendo, entre outras atribuições, a responsabilidade pela detecção de casos, produção de informações e ações de enfrentamento.

Dificultando ainda mais o planejamento de ações para o enfrentamento das situações de violência, a consolidação do Sistema de Notificação Compulsória de Maus-tratos contra a Criança e o Adolescente (SNCMT) ainda é um processo em construção e se depara com uma série de desafios para o seu funcionamento pleno e abrangente (MOURA, 2006).

Serão fundamentais a sensibilização e o incentivo dos profissionais e da população para o reconhecimento de que a violência contra esses segmentos populacionais é potencializadora da violência social em geral. Nesse sentido, deverá ser consolidado o entendimento de que é possível modificar a cultura, os comportamentos e as atitudes que a reproduzem. Particularmente quanto às crianças, adolescentes e idosos, promover-se-á o cumprimento das Leis N.ºs 8.069/90 e 8.842/94, visando a notificação dos maus-tratos em relação a esses segmentos populacionais (MS, 2001, p.28).

Reportando-nos ao nível primário da atenção à saúde, lócus desta pesquisa, espera-se que a equipe de Saúde da Família esteja atenta não só às necessidades de tratar as situações emergências que os casos demandarem, mas também que possa contextualizar sua clientela quanto aos aspectos relacionais, emocionais, culturais, sociais e econômicos que estejam suscitando e perpetuando os maus-tratos. Desse modo, a atenção básica à saúde cumpriria a função de conhecer os tipos de violência inseridos em um contexto multifatorial, além das formas como aparecem e se perpetuam na dinâmica familiar, auxiliando na prevenção deste problema, na esfera da atenção primária à saúde.

O importante papel das equipes de Saúde da Família na detecção e enfrentamento da violência também é ressaltado em políticas públicas de saúde, dentre as quais, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, que indica que a atenção às vítimas de acidentes e violências deverá integrar o conjunto de atividades desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (MS, 2001; MS, 2006).

A inclusão dos profissionais de Saúde da Família no conjunto de iniciativas para redução da violência familiar é baseada em suas premissas básicas, postuladas desde a sua

criação. Como uma política de reorientação do modelo de atenção primária à saúde no Brasil, o sucesso da estratégia exige que se tenha qualificação suficiente para atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade a qual tem responsabilidade de acompanhar. Este acompanhamento visa promover um cuidado compartilhado com o sujeito, integrando uma rede de atendimento articulado com os diversos níveis de complexidade e que seja resolutiva, com vistas a contemplar o conjunto de ações de saúde adequadas e necessárias na produção do cuidado (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; DAB; 2009).

Desta forma, acredita-se que a ESF apresenta peculiaridades em sua proposta de atenção à saúde que pode auxiliar na detecção e no enfrentamento dos altos índices de violência encontrados na população brasileira. Uma delas se refere a oportunidade das equipes acompanharem de perto as famílias, suas interrelações, formas de comunicação e resolução de conflitos, aproximando os profissionais de saúde da história e dinâmica das famílias ampliando as possibilidades de prevenção e detecção precoce da violência intrafamiliar.

A obrigatoriedade de registrar em prontuário de forma abrangente os dados sobre a história e o exame físico, além da notificação compulsória de casos suspeitos e confirmados de maus-tratos, são algumas das estratégias que podem ser utilizadas pelo atendimento nas unidades básicas de saúde, no tocante a prevenção da violência no âmbito da atenção primária (MOURA; REICHENHEIM, 2005).

Em um contexto social no qual um dos grandes desafios no mundo e no Brasil é diminuir os índices de violência, vale lembrar um importante documento da OPAS, 1994 que diz: “o setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os colorários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social” (MINAYO, 2006, p. 65).

Apesar de todas estas possibilidades, o que se vê na prática é uma frustração destas expectativas. Os profissionais de saúde, dentre eles os profissionais da ESF ainda têm muita dificuldade em participar organizadamente, de forma interdisciplinar, intersetorial e em rede no enfrentamento das situações de violência familiar contra crianças e adolescentes. Dessa forma, mostra-se relevante pesquisar no âmbito da atenção primária à saúde o que os profissionais das equipes de Saúde da Família conhecem a respeito da violência que se apresenta em sua área de abrangência e especificamente, se vêm detectando os casos de violência doméstica contra a criança e o adolescente. E além disso, diante da necessidade de

atuação interdisciplinar e intersetorial diante da violência, enfatizada pela literatura, é importante estudar as práticas que esses profissionais de saúde vêm realizando para o enfrentamento desses casos, tendo em vista a necessidade de aumentar a resolubilidade do nível primário de atenção à saúde diante dos agravos apresentados pela população em nível local.

3 HIPÓTESE

As Equipes de Saúde da Família do município de Teresópolis - RJ encontram dificuldades para identificar, notificar e acolher de forma integral os casos de violência familiar contra crianças e adolescentes em suas populações adscritas.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os conhecimentos e práticas que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Teresópolis – Rio de Janeiro dispõem para lidar com a violência doméstica contra crianças e adolescentes.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o que as EqSF reconhecem como casos de violência doméstica contra a criança e o adolescente.
- Analisar o conhecimento das EqSF para a identificação de situações de violência doméstica nas famílias adscritas.
- Identificar se os profissionais de Saúde da Família percebem o fenômeno da violência doméstica contra a criança e o adolescente como algo a ser enfrentado pela equipe.
- Mapear as práticas relatadas pelas EqSF para o enfrentamento da violência doméstica no âmbito da ESF.
- Analisar as principais facilidades e desafios que as equipes apresentam com relação à notificação dos casos suspeitos ou confirmados dos maus-tratos contra a criança e o adolescente ao Conselho Tutelar e à SMS de Teresópolis.

5 PROCEDIMENTOS E MÉTODOS

A abordagem metodológica utilizada para a execução do estudo foi o estudo de caso, realizado a partir da metodologia de natureza qualitativa. A pesquisa qualitativa, afirma Minayo (2004, p.10), incorpora “a questão do significado e da intencionalidade como ineren-

tes aos atos, às relações, e às estruturas sociais [...] como construções humanas significativas”. Segundo VÍCTORA et al (2000, p. 34), a pesquisa qualitativa parte do pressuposto de que “qualquer coisa ou pessoa só existe de fato, na medida em que nós tomamos parte dele e ele faz sentido para nós”. Outro pressuposto é que “há uma preponderância da ação grupal sobre a individual, na medida em que se entende que a sociedade não é apenas uma soma de indivíduos e, por conseguinte, a ação grupal não é uma soma de ações individuais”.

O estudo de caso como estratégia para esta pesquisa se deve, em primeiro lugar a impossibilidade de pesquisarmos a totalidade de equipes de saúde da família de Teresópolis e, apesar disso, desejar fornecer um estudo geral e aprofundado das percepções e práticas dos profissionais de Saúde da Família de Teresópolis, diante dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Diante desta limitação e com intenção de contribuir através do estudo de um caso, isto é, a ESF de Teresópolis, com a ampliação do conhecimento acerca de como a ESF detecta e atua diante da violência, a opção foi selecionar da totalidade, uma amostra de três equipes para serem pesquisadas. Como aponta PIRES (2008, p. 180), “não nos interessamos unicamente pelas especificidades do caso em questão (ainda que elas possam ser valorizadas e importantes), mas também por sua capacidade de servir de via de acesso a outros fenômenos ou a outros aspectos da realidade”.

Assim, a preferência pelo estudo de caso deve ser dada quando é possível fazer observações diretas sobre o fenômeno e quando este for representativo de um conjunto de casos equivalentes tornando-se apto a fundamentar uma generalização para situações análogas, autorizando inferências (MINAYO, 2008; SEVEREINO, 2007). Minayo descreve os objetivos que um estudo de caso deve alcançar, dentre os quais destacam-se: esclarecer os fatores que interferem em determinados processos e apresentar modelos de análise replicáveis em situações semelhantes.

5.1 CENÁRIO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Cenários de estudo

O critério de definição da amostra em uma pesquisa qualitativa não é o da representatividade numérica, mas principalmente o de “aprofundamento e abrangência da compreensão” da população em estudo, considerando suas múltiplas dimensões. Segundo Minayo (1999, p.102), a amostragem qualitativa:

Privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares

[...]; entende que [...] o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; esforça-se para que a escolha do lócus e do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa.

Frente a necessidade de definir uma amostra para o estudo do caso da ESF de Teresópolis, foram definidos alguns critérios de inclusão das unidades de Saúde da Família pesquisadas:

- Terem pelo menos dois anos de implantação das equipes de Saúde da Família;
- Estarem localizadas em áreas de maior vulnerabilidade social;
- Estarem situadas geograficamente em área urbana de alto índice de violência;
- Não serem unidades nas quais a pesquisadora principal exerça a função de Facilitadora de Educação Permanente no Território.¹

Optou-se por pesquisar equipes com pelo menos dois anos de implantação na ESF por considerarmos um espaço de tempo no qual os profissionais já poderiam ter entrado em contato com a realidade da área adscrita, suas condições sociais e de saúde e, em específico, a possibilidade de terem detectado e planejado formas de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. A escolha pela localização das unidades de Saúde da Família em áreas de maior vulnerabilidade social e com altos índices de violência foi baseada em estudos anteriores que sugerem a violência como sendo socialmente construída, reveladora das iniquidades sociais e correlacionada a escassez de oportunidades e perspectivas, principalmente nas regiões metropolitanas (DESLANDES, 1999; MINAYO, 2006).

Diante de consulta prévia realizada junto à Coordenação de Atenção Básica de Teresópolis e obedecendo aos critérios supracitados, optou-se por estudar um conjunto de duas unidades de Saúde da Família que alocam três equipes, localizadas no Município de Teresópolis/RJ.

As unidades de Saúde da Família que compõem o cenário deste estudo estão localizadas em dois bairros distintos do município de Teresópolis, um mais populoso do que o outro e ambos situados na área urbana da cidade. Para garantir o sigilo das informações vamos denominar aquele que concentra maior número de pessoas (10.518 pessoas) e duas equipes de Saúde da Família, de bairro I e o segundo (3.237 pessoas), com uma equipe, de bairro

1 O UNIFESO trabalha com facilitadores de Educação Permanente na ESF, em Teresópolis-RJ. A pesquisadora principal GRL exerce essa função com quatro equipes da ESF do município que não serão identificadas neste estudo por questão de sigilo. Optou-se, dessa forma, por não incluirmos essas equipes na amostra para evitar possíveis vieses em função do contato prévio com a pesquisadora.

II. O número de mulheres responsáveis por domicílios é de 1.307 no bairro I e 465 no bairro II. O número de crianças e adolescentes nos dois bairros, na faixa etária de 0 a 18 anos é de 45.012, representando aproximadamente 28% da população municipal nesta faixa etária.

Tendo em vista a população cadastrada pela ESF do município, os dados do SIAB revelam que as duas equipes de Saúde da Família no bairro I, atendem a 8.447 pessoas, o que sugere que cerca de 2000 pessoas não têm acesso à ESF. A população de crianças e adolescentes é constituída por 1.539 pessoas. Desses, o maior contingente populacional concentra-se na faixa etária de 10 a 14 anos de idade, contabilizando 804 pessoas, o que corresponde a 52% do total desta faixa etária. Os dados relativos à escolaridade desta população indicam que aproximadamente 88% da população de crianças e adolescentes entre 7 e 14 anos freqüenta a escola (SIAB, 2009).

A população do bairro II é de 3.626 pessoas cadastradas, sendo 1.114 pessoas na faixa etária entre 0 e 19 anos de idade. Desses, o maior contingente populacional concentra-se entre 10 e 14 anos, contabilizando 325 pessoas (29,2%). Praticamente toda a população com idade entre 7 e 14 anos (99,2%) freqüenta a escola. Apesar dos dados provenientes do SIAB serem um pouco diferentes dos estimados pelo IBGE, podemos supor que a totalidade da população deste bairro recebe cobertura da ESF (SIAB, 2009).

Através dos dados fornecidos pelo SIAB em relação ao abastecimento de água, 55% da população do bairro I tem abastecimento de água pela rede pública e os outros 45% através de poço ou nascente. Aproximadamente 71% da população cadastrada recebe água tratada no domicílio, sendo que 20% delas não recebe água tratada. Em torno de 8% da população tratam a água através de cloração ou fervura. Em relação aos domicílios 99,9% das casas são de tijolo/adobe. Um percentual muito pequeno da população deste bairro utiliza madeira, taipa ou material aproveitado para construir suas moradias. Quanto ao lixo, aproximadamente 99% recebe o destino da coleta pública restando apenas 1% que são queimados, enterrados ou ficam a céu aberto. Em torno de 60% das pessoas contam com sistema de esgoto, 30% utilizam fossa e 10% do esgoto permanece a céu aberto. 99,9% da população tem energia elétrica. A Hipertensão e a Diabetes são os agravos mais prevalentes na população, sendo que o primeiro atinge aproximadamente 11% da população e o segundo 3%.

No bairro II, 99,47% da população recebe água pela rede pública, sendo que 81,58% dela é tratada por filtração, 2,04 por fervura e aproximadamente 5% por cloração. 11,25% dela não recebe tratamento. Em relação aos domicílios 99,91% das casas são de tijolo/adobe e 0,09 delas são de taipa revestida. Quanto ao lixo, aproximadamente 99% recebem o destino

da coleta pública e 1% fica a céu aberto. Em torno de 71% das pessoas contam com sistema de esgoto, 1,33% utilizam fossa e 27,19% do esgoto fica a céu aberto. 99,91% da população tem energia elétrica. A Hipertensão e a Diabetes são os agravos mais prevalentes na população, sendo que o primeiro atinge aproximadamente 11,31% da população e o segundo 3,45%.

População de estudo

Foram convidados a participar deste estudo todos os profissionais que compõem as equipes selecionadas para o estudo, haja vista a lógica de trabalho em equipe multidisciplinar preconizada na Estratégia de Saúde da Família. Especificamente, em se tratando de violência doméstica, a importância de a equipe multiprofissional trabalhar de forma interdisciplinar pode ser imprescindível desde a detecção precoce e notificação, até o acompanhamento integral dos casos.

Desta forma, a população de estudo foi composta por profissionais de nível superior e médio de 3 equipes da ESF (3 médicos de família, 3 enfermeiros, 2 auxiliares de enfermagem, 3 técnicos de enfermagem e 14 agentes comunitários de saúde) o que perfaz um total de 25 profissionais de saúde. Em Teresópolis, até o momento em que esta coleta de dados foi concluída, a ESF trabalhava com equipes mínimas, ou seja, a equipe de saúde bucal não estava incluída. Desse modo, embora as unidades pesquisadas comportem cirurgião dentista e Auxiliar de consultório odontológico, esses profissionais não compuseram a amostra pesquisada.

Todos os convidados participaram efetivamente da pesquisa e não houve participação não prevista. Do total de 25 profissionais, 22 eram do sexo feminino, e apenas 3 do sexo masculino, sendo estes 2 enfermeiros e 1 ACS. Em relação ao grau de escolaridade dos participantes, dez profissionais declararam titulação acima da exigida para o exercício de suas funções na ESF: as três médicas e os três enfermeiros informaram ter pós-graduação em Saúde da Família em nível de especialização. Duas agentes comunitárias declararam nível superior completo com graduação em História e outra em Administração de empresas. Uma técnica de enfermagem e 1 ACS declararam nível superior incompleto. Onze entrevistados, entre ACS e técnicos de enfermagem informaram ter ensino médio completo. Um auxiliar de enfermagem e 1 ACS informaram ter ensino fundamental, e 1 ACS, ensino fundamental incompleto.

A faixa etária da população pesquisada variou de 27 a 65 anos de idade. Do total, 3 pessoas contavam com 60 anos ou mais. Uma delas exercendo a função de auxiliar de enfermagem e as outras duas, de ACS. As médicas estavam na faixa etária entre 38 e 48 anos, apresentando uma média de idade de aproximadamente 42 anos. Os enfermeiros entre 28

e 58 anos, com média de idade de 44 anos. A categoria profissional de auxiliares e técnicos de enfermagem foi a que apresentou maior média de idade (aproximadamente 54 anos), tendo entre 52 e 65 anos. A categoria de agentes comunitários de saúde apresentou uma grande heterogeneidade em termos de idade (27 a 62 anos), com média aproximada de 42 anos.

Tendo em vista o tempo de trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Básica à Saúde e em específico junto à Estratégia de Saúde da Família, os dados demonstraram que as médicas entrevistadas informaram tempo de permanência em UBS entre 9 a 23 anos; na ESF suas experiências variam de 7 a 9 anos e meio, sendo que duas delas trabalharam em outra equipe, diferente daquelas em que estão lotadas atualmente. Desse modo, o tempo médio de permanência das médicas de família junto a ESF foi de 102 meses ou 8,5 anos. Os enfermeiros declararam ter experiência em UBS e na ESF entre 3 e 20 anos e entre 3 e 11 anos, respectivamente. Um dos enfermeiros informou que encontra-se na mesma equipe desde a sua implantação, há 11 anos; os outros dois ingressaram na saúde pública para trabalhar em equipe de Saúde da Família. Assim, em relação aos enfermeiros a média com que esta categoria profissional trabalha junto à ESF é de aproximadamente 5,4 anos. Os técnicos e auxiliares de enfermagem informaram que trabalham em UBS há 25 anos e o profissional mais novo nas equipes, está nessa função há 3 anos. Em equipe de Saúde da Família esta categoria declarou uma experiência que variou de 3 até 11 anos e apenas um dos profissionais disse ter trabalhado em outra equipe, diferente daquela em que está lotado atualmente. Isso indica pouca rotatividade desta categoria no cenário estudados, além de um tempo de permanência em equipes de Saúde da Família de 8 anos em média. Os ACS informaram que o tempo de trabalho em UBS coincide com sua permanência junto à ESF do município, excetuando dois deles que haviam trabalhado em UBS e posteriormente foram trabalhar em EqSF. Esse dado mostra que a grande maioria dos ACS que participaram neste estudo ingressou na saúde pública para trabalhar junto à ESF. Em relação aos ACS o tempo médio de permanência somou aproximadamente 52 meses ou 4 anos.

Nota-se que o tempo de permanência por categoria profissional foi bastante variado, já que a amostra contemplou profissionais com tempo de constância que variaram entre 7 meses e 11 anos. Vale lembrar que 11 anos é o tempo de implantação da ESF em Teresópolis e que dois dos profissionais entrevistados encontram-se na mesma equipe de Saúde da Família desde então. Os médicos de família representam a categoria profissional com maior tempo médio de permanência junto às equipes de Saúde da Família (8,5 anos).

Sendo assim, os resultados desta pesquisa nos forneceram um tempo mé-

dio dos profissionais entrevistados em equipe de Saúde da Família, de 12,72 meses ou 1 ano e seis meses. Além disso, demonstraram que 12% dos profissionais que participaram neste estudo informaram ter pelo menos 3 anos de experiência na ESF.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá (UNESA) e aprovado pelo Sistema Nacional de Informações Sobre ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) sob o número 0065.0.308.000-08. Todos os profissionais convidados a participar do estudo, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice I), de acordo com as normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, conforme preconiza a resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

5.2 PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa de campo pretendeu obter uma descrição qualitativa do fenômeno da violência doméstica no âmbito da ESF em Teresópolis, através do olhar das equipes multiprofissionais. Segundo Minayo (1999), o trabalho de campo deve ser pensado a partir de referenciais teóricos. A revisão bibliográfica apresentada na introdução deste estudo teve por objetivo identificar esses referenciais acerca do tema em questão, de forma a contextualizar e orientar a discussão dos resultados obtidos no campo.

5.2.1 INSTRUMENTOS DE COLETA

A coleta de dados foi realizada através de entrevista individual semi-estruturada. Nas entrevistas face a face foi utilizado um roteiro temático semi-estruturado (apêndice II). Este instrumento teve como principal objetivo identificar e analisar o que os membros das equipes da Estratégia de Saúde da Família reconhecem como violência doméstica contra a criança e o adolescente em sua área adscrita e como acompanham esses casos.

Minayo (1999) define a entrevista como instrumento privilegiado para coleta de dados em pesquisas de natureza qualitativa, porque traz a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, normas, valores e dentre outros aspectos, transmite as percepções presentes nos grupos em determinadas condições sócio-históricas, econômicas e culturais.

A escolha pela entrevista individual semi-estruturada, utilizando perguntas abertas, possibilitou ao informante discorrer livremente sobre o tema proposto, utilizando linguagem própria e emissão de opinião. E no que se refere ao entrevistador, permiti-

tiu maior liberdade para desenvolver ou explorar cada questão, com vistas a ampliar e aprofundar alguns dos tópicos do roteiro de entrevista elaborado previamente (MINAYO, 2008).

A entrevista semi-estruturada enquanto estratégia de coleta de dados apresenta facilidades e desafios. Alguns aspectos vantajosos são apontados por Marconi e Lakatos (2007):

Pode ser utilizada com todos os segmentos da população [...] há maior flexibilidade, podendo o entrevistador repetir ou esclarecer perguntas, formular de maneira diferente [...]; oferece maior oportunidade para avaliar atitudes, condutas, podendo o entrevistado ser observado naquilo que diz e como diz [...]; dá oportunidade para a obtenção de dados que não se encontram em fontes documentais e que sejam relevantes e significativos; há possibilidade de conseguir informações mais precisas, podendo ser comprovadas, de imediato, as discordâncias (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 200).

Algumas desvantagens sobre esta técnica são apontadas por estes mesmos autores e dizem respeito principalmente a:

Dificuldade de expressão e comunicação de ambas as partes; incompreensão por parte do informante, do significado das perguntas, da pesquisa, que pode levar a uma falsa interpretação; possibilidade de o entrevistado ser influenciado pelo entrevistador [...]; a disposição do entrevistado em dar informações necessárias e a retenção de alguns dados importantes, receando que sua identidade seja revelada [...] (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 200).

Para evitar ou pelo menos minimizar estas desvantagens, o roteiro de entrevista semiestruturado desta pesquisa foi elaborado de forma a evitar perguntas tendenciosas ou que pudessem influenciar de alguma maneira a resposta. Com intuito de verificar se o roteiro atendia aos objetivos propostos, realizou-se um teste piloto do instrumento entrevistando-se nove profissionais de outra equipe de Saúde da Família do município que não havia sido previamente selecionada para o estudo. Tal etapa ocorreu durante os meses de setembro e outubro de 2008. O teste piloto permitiu realizar ajustes no roteiro de entrevistas e também na forma de condução das perguntas pela entrevistadora, que vieram a facilitar a comunicação no campo. A garantia do sigilo de identidade dos participantes buscou favorecer a livre expressão de idéias e pensamentos durante as entrevistas.

Após a concretização do teste piloto, foram realizadas as 25 entrevistas previstas durante o mês de novembro de 2008. Não houve recusa ou desistência durante o andamento

das mesmas. Os depoimentos foram coletados em horários previamente agendados com as equipes. Em duas equipes, os agendamentos foram organizados pelo enfermeiro de uma delas (se trata de uma unidade com duas equipes de Saúde da Família). Na outra, conforme pactuado com a equipe, a pesquisadora ficou na unidade aguardando a disponibilidade dos profissionais para a realização das entrevistas. As entrevistas, em sua totalidade, foram realizadas pela pesquisadora principal, o que contribui para aumentar a confiabilidade das informações.

Os registros dos dados colhidos nas entrevistas foram gravados em MP3 com vistas a garantir uma maior fidelidade e veracidade das informações. Em seguida, as respostas foram transcritas com as mesmas palavras que entrevistador e entrevistado utilizaram. Gestos, atitudes e outros comportamentos que o entrevistado apresentou durante a entrevista foram registrados pelo entrevistador em diário de campo.

Fragmentos destas falas foram utilizados para ilustrar a apresentação e discussão dos resultados da pesquisa. As falas não foram identificadas e receberam nomenclaturas segundo as categorias profissionais e número de profissionais entrevistados. Assim, serão encontradas na apresentação da análise dos dados especificações como M1, M2 e M3 para as falas dos médicos; E1, E2 e E3 para enfermeiros, AE para Auxiliar de Enfermagem, TE para Técnico de Enfermagem e ACS 1, 2, 3, etc para os Agentes Comunitários de Saúde.

5.3 ANÁLISE DO MATERIAL

O tratamento e interpretação dos dados coletados neste estudo foram baseados na Análise de Conteúdo (BARDIN, 2007; MINAYO, 2006). Dentre as modalidades de análise que compõem esta estratégia, utilizou-se a análise temática. Esta, segundo Minayo (2008), é a mais apropriada para investigações qualitativas em saúde. Segundo Bardin (2007), a análise temática considera tanto a frequência de temas presentes no discurso, quanto a qualidade por menorizada destes temas. Os critérios de escolha e de delimitação das categorias temáticas são orientados pela dimensão da análise, ela própria determinada pelos objetivos do estudo.

A exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos tiveram início com a leitura flutuante e exaustiva dos registros da pesquisa de campo, uma imersão no conjunto de informações coletadas, em que se buscou deixar aflorar os sentidos, sem encapsulá-los em categorias a priori. Segundo Bardin (2007, p.90), nessa fase o pesquisador entra em contato com o material a ser analisado “deixando-se invadir por impressões e orientações.”

A síntese dos dados, uma primeira escrita na qual se buscou uma sistematiza-

ção inicial das informações para auxiliar na depuração dos dados para a análise, permitiu a percepção dos principais temas emergentes na pesquisa de campo. A identificação destes temas levou em conta as regularidades do discurso, os sentidos frequentes e ímpares presentes nas falas, as semelhanças e diferenças encontradas no material de campo.

Posteriormente, os dados obtidos nas entrevistas foram organizados e classificados segundo categorias temáticas, que consideraram os objetivos do estudo em associação aos temas identificados na pesquisa de campo. Estas categorias sofreram algumas redefinições durante o processo de análise, até se chegar ao formato em que estão apresentadas na seção de resultados, no tópico seguinte.

A discussão e interpretação dos resultados obtidos se apoiou, por sua vez, na revisão da literatura do tema, com ênfase em três categorias teóricas: equipe integração/equipe agrupamento, integralidade e intersetorialidade.

A categoria “equipe integração/equipe agrupamento” foi útil para analisar as relações de trabalho no interior da equipe de Saúde da Família, as dinâmicas de comunicação e a forma como seus membros se articulam considerando suas especificidades. Para avaliação desta categoria, foi utilizado o conceito de trabalho em equipe adotado por Peduzzi discutido no item 1.4 (PEDUZZI, 2001).

A categoria integralidade foi escolhida para permitir melhor visibilidade das medidas de prevenção, promoção da saúde, atenção individual e coletiva, como também dos fluxos de referência e contra-referência entre os níveis de atenção à saúde no âmbito da violência doméstica contra a criança e o adolescente. Esta categoria teórica foi útil para analisarmos os conhecimentos e práticas das EqSF diante do fenômeno da violência, considerando-se que, como afirma Cecílio (2001, p.117) “[...] a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe [...]”.

A categoria intersetorialidade foi utilizada para analisar as práticas de articulação das equipes com outras instituições/setores da sociedade, como por exemplo o Conselho Tutelar e a Vara da Infância, Juventude e Idoso.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 VIOLÊNCIAS NO TERRITÓRIO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os profissionais de Saúde da Família entrevistados destacaram em seus relatos o reconhecimento de tipos de violência urbana e doméstica, como a praticada por adolescentes contra membros da comunidade e de suas famílias; a violência contra a mulher; contra o idoso e a que vitimiza crianças e adolescentes. Frequentemente, estas formas de violência foram associadas ao uso e tráfico de drogas, ao alcoolismo, à desestruturação da família e à miséria, como fatores.

“Violência urbana tem muito. Em relação à criança e o adolescente, se for comparar com outros locais, eu não diria nem que seja uma coisa muito grande não. Eu vejo até uma violência muito maior por parte dos adolescentes em relação ao idoso, aos seus familiares, do que dos familiares com os adolescentes e crianças. Isso talvez seja uma coisa, né? Uma controvérsia grande...mas a violência neles, e não com eles. Isso eu vejo bastante. E a violência geral muito grande. Muito alcoolismo, muita violência contra a mulher, isso aí tem bastante também.” (M1)

A violência urbana, segundo os atores entrevistados, os expõe a riscos de sofrerem outras violências, além de inibir ou impedir denúncias e notificações de violência na região. Segundo os próprios, esta situação afeta a toda a comunidade e apresenta-se muito vinculada ao tráfico de drogas, desemprego e subemprego na região. Na opinião das equipes, é um tipo de violência que atinge de forma cada vez mais prematura os adolescentes. Algumas iniciativas para minimizar esse quadro foram expostas, nas entrevistas, porém, sem grande impacto social, ou seja, essas práticas, como os grupos de educação em saúde e atividades de esporte e lazer, não apresentaram dados expressivos de que a sedução que vem do tráfico de drogas tenha diminuído na região.

[...] eu acho que o PSF, ele não tem essa preparação, não tá preparado pra acompanhar adolescentes. Não tem uma coisa específica para o adolescente. Acho que se tivesse, assim, alguma coisa no PSF específica para adolescentes, seria muito mais fácil de se descobrir que há uma violência. Porque pode ter violência, mas uma violência obscura, que a gente não vê. Isso aí, a gente não fala porque a gente não vê, né? Mas com certeza isso acontece direto em todas as micro áreas aqui. Só que a gente não tem conhecimento. E se tivesse um... um trabalho como, por exemplo, aqui tem

o dia de gestantes, acompanhamento de pré-natal, de gestantes. Tem o dia de hipertenso e diabético. Poderia ter também um dia de acompanhamento de adolescentes. Porque nós temos as crianças, as crianças têm um dia de acompanhamento na pediatria. Mas pra adolescente não tem nada. (ACS 6)

Desse modo, dos 25 entrevistados, a grande maioria reconheceu haver algum tipo de violência em sua área de abrangência, enfatizando a violência urbana e a doméstica contra a criança. Não houve diferenças significativas na percepção dos diferentes tipos de violência entre as categorias profissionais.

A carência, a miséria e a fome foram citados nas entrevistas enquanto fatores que predisõem para a violência urbana e doméstica, o que por sua vez contribui para acentuar o estado de carência, constituindo um círculo vicioso que corrompe a vida familiar e social, além da saúde dos envolvidos. Esta percepção concorda com a literatura sobre o tema, já que dados bibliográficos apontam que “a pobreza constitui um persistente fator de risco, sendo o abuso físico e a negligência, mais comuns em famílias que vivem na pobreza” (PIRES; MIYAZAKI, 2005, p. 45).

“[...] Desentendimento mesmo por causa do pouco dinheiro na casa... Mas não é assim uma coisa que dê grandes conseqüências. A conseqüência é a privação do conforto do alimento, às vezes uma energia elétrica que não foi paga, tá sendo cortada, né? Eu acho que isso é uma violência pra família, que fica sem energia, fica às vezes sem essa possibilidade de conforto.” (ACS 11)

“A miséria é grande né? [...] Muita fome. [...] Se a criança não tem uma boa alimentação, não tem uma família que instrua, entendeu? Tudo aí caminha... é uma violência. Então, tem isso né? A gente vê pelas condições de higiene e tudo, que aquela família é muito carente.” (AE 1)

Especificamente em relação à violência doméstica, as EqSF detectam que há casos nas comunidades. Conforme indicados no tópico anterior, os tipos de maus-tratos percebidos e citados nas entrevistas, por ordem de ênfase, foram violência contra a criança, entre parceiros íntimos, contra a mulher; violência que os jovens cometem contra seus familiares, violência contra o idoso e, por último, contra o adolescente. O reconhecimento da existência da violência contra a criança e o adolescente pode ter sofrido uma influência em decorrência do tema da dissertação ao qual os entrevistados tiveram acesso quando foram informados sobre a pesquisa e na leitura do termo de consentimento.

A literatura revela que algumas das violências contra crianças e adolescentes podem surgir correlacionadas a problemas sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos que se manifestam geralmente em associação ao uso de substâncias psicoativas, abuso de álcool e outras drogas, ou ainda à iniciação prematura da atividade sexual. Estes fatores contribuem para aumentar a vulnerabilidade desta população, expondo-a a riscos de gravidez precoce, exploração sexual e prostituição (BRASIL, 2008). De acordo com autores como Krug (2002) e Minayo (2006), a multicausalidade e a complexidade da violência, também foram percebidas pelos profissionais entrevistados, na medida em que associam a carência, a pobreza, o alcoolismo e a violência na comunidade à violência contra crianças e adolescentes.

“Em relação à criança, muitas crianças ociosas, tem a parte da escola, às vezes até freqüenta aquele tempo, mas fora aquilo é muita ociosidade, muito furto. Crianças furtando, crianças consumindo drogas, crianças já praticando sexo bem recente mesmo, de maneira, até assim querendo espantar mesmo.” (M1)

“[...] no comportamento deles, na perspectiva de vida deles. Eles ficam sem segurança. E começam a procurar de uma outra forma, a satisfação. Aí caminham pras drogas, caminham pra prostituição...e falta educação.” (ACS 8)

Da totalidade de entrevistados, 11 ressaltaram que a violência que parte dos adolescentes em direção à comunidade e seus familiares vem crescendo muito e está correlacionada à dificuldade de diálogo na família e ao crescimento do uso e do tráfico de drogas nas comunidades. Estes fatores apareceram diversas vezes, tanto nas falas dos profissionais de nível médio, quanto naquelas dos profissionais de nível superior.

“[...] não é nem dos pais, hoje em dia, a violência, às vezes a violência parte até do adolescente mesmo com os pais, mas não assim de bater, agredir não. É violência verbal. Não tem mais respeito. Mais os adolescentes do que os pais com eles.” (ACS 1)

“[...] os jovens estão cada vez mais atrás de dinheiro pra comprar drogas. Estão invadindo residência, mercado, entendeu? Tá roubando qualquer coisa, qualquer coisinha que tá na frente, que vale dinheiro, eles tão roubando. [...] Porque aqui aquela violência... aquela coisa da pessoa andar armada, isso

não tem. Você não vê nada disso. Você só vê casos assim de adolescente, jovem entrou num armazém, entrou numa loja, ou numa casa pra roubar, roubar objetos miúdos, pequenos, celular, entendeu? Pra comprar droga”. (ACS 1)

“Não sei se eles estão se tornando violentos por conviverem com isso, ou se a violência tá vindo dessa coisa desenfreada deles não terem limites, não terem nenhum outro tipo de repressão. Não sei de onde está vindo mas, de qualquer maneira eles estão mudando, mudando pra pior.” (M1)

A literatura aponta como um dos impactos sociais da violência doméstica contra a criança e o adolescente, que “os valores de família, amor, carinho e proteção podem ser distorcidos, gerando a destruição de importantes valores sociais [...]”. Além disso, sinaliza que a violência vem progredindo de maneira global, onde o respeito ao ser humano e valorização da vida estão deixando de existir (SMS - SP, 2007, p. 14). Os depoimentos abaixo mostram a visão dos entrevistados sobre a importância do convívio familiar na formação moral e ética das crianças e adolescentes, bem como de seu desenvolvimento emocional. Destacam a dinâmica familiar como um espaço de convívio que pode tanto promover bons quanto maus-tratos, cujas manifestações serão expressas dentro e fora do núcleo familiar.

“[...] os adolescentes principalmente, vão observando a convivência do pai e da mãe, vê que é só briga dentro de casa, já sai aquela criança já revoltada, chega na rua vai e qualquer coisinha vai e bate também porque sabe que não acontece nada em casa...que a violência já começa dentro de casa então eles não querem nem saber. [...] até o jeito deles falar é diferente. Grosseiro, cheio de gíria, sabe? [...] Tem uma mulher ali na minha área que ela trata os filhos com pedaço de pau...só fala gritando.” (ACS 1)

“[...] pelo relato da mãe, a filha é usuária de droga, né? E aí, elas brigam entre si e a ponto de uma avançar na outra. A ponto da filha bater mais na mãe do que a mãe na filha. Porque a mãe... a mãe vai bater na menina e a menina, como é mais fortinha, acaba batendo na mãe. [...] Eu acho que é violência doméstica. A gente fala que é violência doméstica, né? Mas assim... eu acho que assim... a falta... o diálogo não teve. [...] a filha começa

a gritar, mas é grito, berro, xingamento. Aí quando parte pra... o pai quer bater na filha e a filha revida, vira aquele... aquele inferno em casa.” (ACS 4)

Concordando com o modelo ecológico para a compreensão da violência, podemos concebê-la oriunda de diversos fatores: individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais. Perceberemos, então, que dificilmente encontraremos uma única explicação ou uma principal causa para que alguns seres humanos se comportem de forma violenta com outros (KRUG, 2002). Nesta pesquisa, os entrevistados também reconheceram a violência associada a fatores individuais e ao meio social e comunitário e apontaram suas intercorrências na família. Dentre eles: o alcoolismo, o desemprego, presenciar violência dentro da família e aceitar a violência como uma forma para solucionar conflitos.

“[...] a violência vem dos próprios filhos, né?! Eu acho assim que os filhos cresceram vendo ou pai ou a mãe fazendo esse tipo de coisa pra poder eles estarem fazendo isso também, porque não é normal, né? Se você pega um pai e uma mãe, uma família normal, o pai nunca bateu na mãe ou a mãe nunca agrediu o pai, acho que a mente do filho, pode até... sabe? Mas ele não vai partir pra violência com o pai ou com a mãe sem mais nem menos, entendeu? É... porque, eu acho assim, no começo da vida deles, quando os filhos eram pequenos, eles deviam assistir, os filhos deviam assistir alguma coisa.” (ACS 7)

“Se ficar desempregado ele descarrega tudo nas criança... É assim, a maioria ali, porque o desemprego ali é muito grande, mas também eles também não procuram. Porque se a gente ganhar uma cesta básica e levar, eles já se acomodam. [...] e que que acontece? Enche a cara com o dinheiro que ganhou, enche a cara de cachaça e fica batendo nas crianças. Porque eles usam o desemprego pra desferrar com as crianças...” ah, porque eu não trabalho e tô nervoso...” Vão bater, então...muitos deles fazem isso.” (ACS 3)

O nível relacional do modelo ecológico indica como a presença de pessoas violentas em relações sociais próximas aumenta os riscos de confrontos. “Nos casos de violência de parceiro e maus tratos à criança, por exemplo, a interação quase diária ou o convívio em uma casa com alguém que pratique abuso podem aumentar a oportunidade de confrontos violentos” (KRUG, 2002, p. 12). A literatura vem apontando uma concomitância entre violências conjugais e violências contra os fi-

lhos (REICHENHEIM; DIAS; MORAES, 2004). Gelles (1999), ao descrever sobre alguns mitos que permeiam a área da violência doméstica, fala que um deles diz respeito à possibilidade de crianças que foram abusadas crescerem como abusadores. O comentário do autor diz que muitos estudos sobre abuso contra a mulher e contra a criança revelam uma maior propensão a que adultos abusadores tenham sido crianças abusadas. Esta explanação é verificada em outros estudos bibliográficos que apontam para a possibilidade de um círculo vicioso no caso da violência doméstica, onde a criança e o adolescentes vítimas de abuso poderão reproduzir o mesmo comportamento na idade adulta, com seus próprios filhos, ou com outras crianças e adolescentes com as quais convivam socialmente, assim como o adulto que o violentou (SMS-SP, 2007, p. 14; MS b, 2002, p. 11).

“[...] crianças submetidas à violência doméstica, quando comparadas às que não sofreram violência, são mais agressivas, têm baixa auto-estima, déficit de atenção, hiperatividade, dificuldade de relacionamento interpessoal, comportamento abusivo (serão também abusadores), baixo rendimento escolar, delinquência, gravidez precoce, uso de drogas [...]” (PIRES; MIYAZAKI, 2005, p. 46).

A violência contra a mulher, também bastante mencionada pelas diferentes categorias profissionais como um tipo de violência facilmente detectado e bastante encontrado no cotidiano de trabalho das equipes, revelou a Lei Maria da Penha, citada por alguns dos profissionais de nível superior, como um importante mecanismo para coibir este tipo de abuso e proteger o público feminino, no entanto, ainda insuficiente para garantir a segurança das mulheres frente aos ataques de seus maridos.

“Contra a mulher, a maioria é o mesmo caso: o marido que vai, sai, bebe, desempregado...aquela mulher que vive aqui na unidade, não sai daqui, todo dia tá aqui. E quando a gente aprofunda, né? [...] aí a gente toma conhecimento de que a mulher chega em casa e o marido bate mesmo, se ela for na delegacia diz que vai matar. [...] Tem um ou outro caso que acaba sobrando pras crianças também mas, é mais com a mulher. [...] Tem vários casos desses aqui. A lei Maria da Penha pode ter sido boa mas, ainda não tá exemplar. Já vi mulheres irem na delegacia denunciar e o cara tá ali solto, tranqüilo, quando quer encher o saco dela vai e enche [...]” (M1)

De fato, a Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, criou mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mu-

lher. Traz como uma de suas principais inovações a proibição das penas pecuniárias para os casos de violência contra a mulher, ou seja, pagamentos de multas ou cestas básicas.

Dispõe em seu artigo 5º que a 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”. O âmbito doméstico compreende o “espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas” e o âmbito familiar compreende o convívio comunitário com aquelas pessoas que “são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa”.

Apesar da Lei Maria da Penha ter sido alvo de comentários, outros profissionais apontam que a mulher, além de vítima de violência, também pode ser a perpetradora da situação. Observamos na falados profissionais entrevistados uma forte relação entre as famílias menos estruturadas, chefiadas só por mulheres, e a incidência de violência. Alguns autores falam que a uniparentalidade aumenta o risco para a violência, sendo a negligência uma de suas formas mais presentes (DAY ET ALI, 2003).

“Uma família em que só a mãe trabalha. E ela tem vários filhos e o marido foi embora de casa. Então essa mãe vai trabalhar pra conseguir o alimento pra família, né? Pagar uma luz, pagar uma água, comprar comida. E os filhos estão na escola e eles começam a ver que não tem pai nem mãe pra estar cobrando a eles dentro de casa. E o que que eles seguem? Seguem uma liberdade, mas essa liberdade é falsa. Não é verdadeira, uma coisa boa, uma liberdade boa. E vai passar daqui a pouco de uma maneira ruim porque eles vão pras drogas, pra prostituição, largam os estudos e a mãe não pode estar ali, ferrenha com eles, porque tá trabalhando e fica pensando assim “eu já trabalho o dia inteiro, chegar em casa ainda vou bater, castigar os filhos?” (ACS 4)

“Aí a gente vai ver, a desestrutura familiar é muito grande. Ou a mãe cria sozinha os filhos e os filhos ficam largados porque a mãe tem que sair pra trabalhar, o pai não ajuda, não dá pensão...ou aquela briga horrível, né?, que ninguém em ambiente de briga se sente bem, aí acaba afetando no rendimento escolar... essas crianças que tem... que ficam largadas vão pras drogas, né? Outras vão pra prostituição. Principalmente aquela menina que não teve contato com o pai, né?, então ela ta sempre em busca de um parceiro que supra aquela neces-

cidade do pai. Então tem muito isso aqui: meninas grávidas, novinhas...” (E1)

A fala de uma enfermeira revelou a percepção de que a violência contra a mulher, embora seja um problema social freqüente, não é um problema de saúde e, portanto os profissionais da equipe devem se manter neutros frente a esses casos.

“[...] a violência contra a mulher tem bastante [...] diminuiu um pouco com a Lei Maria da Penha. Então, os homens antes de bater, eles pensam duas vezes agora porque tem essa Lei que é cana mesmo, não tem jeito. [...] o posto procura se manter neutro, porque é um problema social, não é um problema de saúde e nós aqui trabalhamos com problemas de saúde.” (E1)

O desejo de excluir a violência da pauta da agenda da saúde pública também apareceu em falas de outras duas categorias profissionais: auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Ou seja, mesmo quando se dá a detecção da violência doméstica, ela tende a ser percebida por alguns profissionais de Saúde da Família como um problema que não faz parte das atribuições dos profissionais de Saúde da Família. O Conselho Tutelar e o serviço municipal de assistência social são citados como as instâncias competentes para lidar com o problema.

“Então o que envolve a saúde do nosso usuário, do nosso público em geral a gente tá sempre tentando atender. Agora, quando se trata de violência doméstica, a gente tem um cuidado muito grande em ter certeza, realmente ver e procurar o órgão competente pra isso. Aí a gente liga pro Conselho tutelar, ou tenta entrar em contato com a assistente social da prefeitura, do município, que é a pessoa mais competente pra avaliar. O posto procura se manter neutro nessa situação.” (E1)

No entanto, desde a década de 80, como aponta a literatura, o campo da saúde pública tem contribuído de forma substancial para não apenas diagnosticar e tratar os danos físicos decorrentes, mas também tentar reduzir os índices de violência doméstica no Brasil. Contudo, uma mudança de atitude em relação a como os profissionais de saúde pública devem se conduzir no acompanhamento de casos de violência doméstica exige, como afirma Minayo (2006, p. 45), “uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo e evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor.”

A percepção da violência contra o idoso tanto no âmbito doméstico quanto fora dele

apareceu nos depoimentos dos diferentes profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família. Esta detecção pode ser facilitada pelo fato de as visitas domiciliares agendadas para os médicos e enfermeiros necessariamente contemplarem os pacientes idosos acamados e que não têm condições de se deslocarem até a unidade de saúde. A fala desta médica parece ilustrar esta tendência das equipes priorizarem visitas aos idosos “A gente tem muita demanda de paciente, então eu não tenho como tirar, vamos dizer, o meu horário de visita...já tem aí marcado as equipes pros pacientes que não andam: pacientes com AVC, pacientes muito idosos.” (M3)

Segundo a literatura a violência familiar é enfatizada como a mais freqüente forma de abuso contra idosos. Embora as pesquisas brasileiras não permitam mensurar a gravidade desta situação, sabe-se que a violência contra o idoso constitui-se em um problema social de grande magnitude. Se expressa prioritariamente através de agressões e negligência (MS, 2005). Concordando com a literatura pesquisada, a fala desta médica indica que a violência contra o idoso é percebida pela equipe de Saúde da Família, ocasionando mobilização emocional. Além disso, enfatiza que as atitudes de maus-tratos partem do cuidador, ou seja, daquele que deveria exercer uma função de proteção e cuidado dentro do espaço doméstico.

“[...] eu tenho um caso de um idoso que...é um caso assim super estranho. Ele mora de favor com a ex mulher que ele não tem pra onde ir. E ele sofreu amputação nos membros inferiores e ele me pediu diversas vezes pra ele ir pra um asilo. [...] E é um caso que assim, eu nunca vi ele machucado, nada disso. [...]a agente comunitária já me falou que ela não dá o remédio, ela sai e larga ele sem remédio...Então assim, eu procuro ir lá, sempre falo, “olha, não pode deixar de dar o remédio, não pode! Bota o remédio aqui do lado dele!”. Toda vez que eu vou lá ele chora. [...] Esse caso é um caso que me chama muita atenção porque eu fico com muita pena dele. Nunca vi...quando ele falava melhorzinho, ele falou uma vez que o sonho dele era ir pra um asilo. Nunca ouvi uma pessoa falar isso, que o sonho dela é ir pra um asilo. Sinal de que ele bem tratado não é, né?” (M3)

Os dados coletados nesta pesquisa parecem confirmar a perspectiva ecológica para ocorrência da violência doméstica. Ou seja, que a violência é um acontecimento decorrente de múltiplas causas e algumas delas não pertencem a área específica da saúde. Apresenta-se enquanto um evento bastante comum na área da saúde pública brasileira e sua existência é reconhecida pelos profissionais de Saúde da Família. No entanto, não parece haver um consenso de que esses casos, tanto

em suas manifestações urbanas quanto domésticas, principalmente as suspeitas, devam ser alvo de ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, pelos profissionais de Saúde da Família.

6.2 PERCEPÇÃO E DETECÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A violência doméstica, identificada pelas equipes como sendo aquela perpetrada contra crianças e adolescentes, entre parceiros íntimos, contra a mulher e contra o idoso, foi sinalizada nas entrevistas como de difícil detecção. Por ser uma modalidade de violência bastante escondida pelas famílias, raramente chega espontaneamente até a equipe de saúde.

“[...] já tem cinco anos que eu tô aqui – nunca foi comentado esse tipo de violência, assim, contra a criança e o adolescente. Porque as coisas são mais abafadas mesmo. [...] Pode existir, mas são mais abafadas. Porque... é mais fácil você descobrir que tem uma gestante, né? Que tem um hipertenso, um diabético. Mas uma violência? Pode ser abafado, né?” (ACS 1)

Considerando especificamente a dificuldade de detecção da violência contra a criança e o adolescente, a literatura aponta entre seus motivos, o medo de denunciar episódios de violência cometidos pelas pessoas que deveriam ocupar uma função protetora em suas vidas tais como pais, familiares, cuidadores, etc. E além destes, a aceitação social da violência, utilizada como uma justificativa para educar a criança/adolescente. Essas violências podem ser castigos físicos, humilhações, intimidação e assédio sexual (MS, 2008).

“Muitas vezes, o controle sobre a criança e o adolescente se dá com a desculpa de boas intenções, de carinho ou como meio de educação (por exemplo, com o uso de palmadas como forma de educar). Este é um aspecto que pode tornar muito sutil o limite entre o que é ou não violência [...]” (SMS – SP, 2007, p. 13).

Quando perguntados se a violência que percebem nas micro-áreas afeta crianças e adolescentes, os entrevistados responderam que sim, destacando a idéia de um ciclo perverso, onde os mais jovens tendem a reproduzir ao longo da vida a violência vivenciada desde a infância no interior de suas famílias e comunidades. As conseqüências desta violência atingem a qualidade de vida de uma maneira ampla, prejudicando em particular os estudos e a saúde desta população.

“Afeta no sentido... até na própria formação dessa criança, desse adolescente e... no medo que se cria neles e até de espelho, né?! Eles acabam, alguns, vêm aquilo com tanta naturalidade que pegam aquilo e fa-

zem a mesma coisa depois na vida deles. Afeta no estudo, na saúde, de uma forma geral. [...] Na saúde porque existe... tem muita violência doméstica aqui, aí a mãe sai de casa, o pai, aí é criado pelo avô, aí não se alimenta direito, vive pela rua, é largado mesmo, é criado pelos outros, aí influencia bastante na saúde deles, né?! De qualidade de vida.” (E2)

“Muitopoucostratamosfilhoscomrespeito,comcarinho.Lánaminhaáreañotem muito disso não. É tudo, a maioria assim rebelde, batendo nos filhos. Agredindo mesmo. Tantocompalavrasquantobatendo.Poucososquetratambem.”(ACS12)

O abuso contra a criança e o adolescente nas comunidades é identificado pelos profissionais, principalmente como práticas de abandono e violência física. A título de ilustração podemos citar a falta do pai e da mãe no lar, as crianças que ficam sozinhas, sem cuidado e orientação, deixadas na rua, sem ir à escola e sem alimentação adequada; pais que bebem e ficam violentos com o filho, espancando-os com frequência e brutalidade.

“Tem casos, assim, de maus tratos... criança largada, sem comida. Aí houve até um caso aqui uma vez, que as crianças estavam... o pai tinha sido preso, a mãe tinha fugido, eles estavam sendo criados por alguém, aí realmente passando fome, eles estavam comendo ratos, na época, pra poder comer. Não deixa de ser maus tratos, bem pesado, né?” (AE 1)

A violência física é de fácil detecção pelos profissionais de Saúde da Família. Como aponta a literatura, é o tipo de abuso mais reconhecido, deixando marcas visíveis, dentre as quais lesões que revelam o objeto utilizado pelo agressor: fivelas, cintos, fios, correias, dedos, dentes ou fogo (MARMO et al, 1999; MS a, 2002, p. 33; REICHENHEIM; HASSELMAN; MORAES, 1999).

Entretanto, na maioria das vezes a criança ou o adolescente maltratado não apresenta sinais evidentes de violência. Esta pode ser detectada através de outras pistas menos evidentes, como por exemplo, privação afetiva e de cuidados básicos. Quando o profissional de saúde é capaz de perceber esses traços de violência, “ao lado do apoio comunitário e de programas de prevenção da violência, pode evitar, inclusive, os ferimentos secundários por maus-tratos que são causas significativas de morte entre crianças e adolescentes.” (MS a, 2002, p. 35). Identificar indícios que podem apontar para uma situação de maus-tratos é fundamental para a prevenção e manejo adequado dos casos (PIRES; MIYAZAKI, 2005). Como presente na fala abaixo,

o medo das conseqüências leva à omissão da violência por parte da criança e do adolescente.

“Normalmente eles ficam com medo dos pais. Eles têm medo. Pra você descobrir, você tem que... Agente que lida no dia-a-dia, você vê o que é um acidente doméstico e o que não é um acidente doméstico. Aí que a gente percebe as agressões.” (AE 1)

Nos depoimentos colhidos, aparecem falas que identificam alguns sinais de negligência. Esta forma de abuso, entendida como ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento, como por exemplo, privação de medicamentos, cuidados necessários á saúde, higiene, dentre outros, contempla aspectos visíveis e invisíveis que podem suscitar dúvidas em sua identificação (SBP, 2005, p. 13; GOMES; DESLANDES;VEIGA;BERING; SANTOS, 2002).

“[...] na minha micro área a gente vê muita carência. Então, existem famílias paupérrimas. [...] às vezes famílias que têm nove crianças, mas não têm o mínimo de condições para oferecer o básico para aquelas crianças, pra aquela família. Então, isso, no meu ponto de vista, é um tipo de violência, porque eles não têm recurso, não têm da onde tirar e não têm uma base para que eles possam conseguir alguma coisa, conseguir se sustentar, conseguir um trabalho e um incentivo. Então, isso pra mim é um tipo de violência. [...]Não tem o mínimo, né? Uma moradia legal pras crianças, pra própria família. Saneamento básico. O básico. Alimentação. Alimentação às vezes a gente vê, entendeu, alguém da família pedindo.” (ACS 9)

Além disso, tendo em vista a situação de miséria e pobreza às quais muitas famílias brasileiras estão expostas, a identificação de atitudes familiares negligentes é um ato de difícil discernimento. Uma boa estratégia possível diante destes casos é a de “comparar os recursos que aquela família dispõe para suas crianças com os recursos oferecidos por outras famílias de mesmo estrato social.” (MS b, 2002, p. 12).

“[...] é importante entender a intencionalidade das omissões no cuidado à saúde e à alimentação, no apoio à educação [...]. Nos serviços de saúde, devem chamar atenção: as internações freqüentes, os acidentes repetitivos [...], a existência de enfermidades passíveis de prevenção (SMS – SP, 2007, p. 18).

Nas falas dos entrevistados a negligência é citada como: “crian-

ça largada, sem comida” (E), o desleixo ou “desmazelo” (ACS) com o cartão de vacina da criança, criança maltratada e em condições ruins de higiene.

“[...] tava numa visita e cheguei numa casa que tinha uma menina de treze anos tomando conta de umas seis crianças. De dois, de três, de tudo quanto era idade, sozinhos. E eu perguntei “Vocês ficam sempre sozinhos?” “Nós ficamos sim”. Muito animal no quintal, beira de estrada... aí eu liguei pro Conselho tutelar, aí o Conselho tutelar falou: “Nós vamos até averiguar”. Mas olha a situação? O que que é preferível? A irmã tá cuidando das crianças em casa ou a mãe tá cuidando? Porque, se a mãe sai pra trabalhar e as crianças tão ali sendo cuidadas pelos irmãos mais velhos, pelo menos a mãe tá sustentando aquele lar. Agora, se a mãe fica em casa porque o Conselho tutelar obrigou porque as crianças não podem ficar sozinhas, quem vai manter essa família? [...] até o Conselho Tutelar fica em situação difícil em alguns casos, não é?” (ACS 7)

Ainda em relação à detecção da violência, algumas entrevistas revelaram haver uma distinção que alguns profissionais fazem entre violência doméstica e maus-tratos. Sendo os maus-tratos relacionados principalmente à privação de alimentação, enquanto a violência é associada a agressões de ordem física.

“Sobre violência? Sinceramente, eu não estou me lembrando não. Já ouvi falar sobre maus tratos, mas violência doméstica não. [...] Criança mal tratada, com má alimentação. Inclusive tem uma família aqui que comeu até rato.” (AE 2)

Segundo a literatura pesquisada, maus-tratos e violência em alguns casos, parecem ser usados de forma sinônima. “Maus-tratos é um termo bastante difundido para se referir à violência cometida contra crianças e adolescentes no âmbito familiar, no âmbito institucional mais amplo ou pela sociedade.” (MS b, 2002, p. 10). Podemos definir que uma criança/adolescente está sendo maltratada quando há omissão, supressão ou transgressão de seus direitos. Os maus-tratos domésticos, como detalhado em capítulo anterior, podem ser divididos em físicos, sexuais, psicológicos, síndrome de Munchausen por procuração e negligência (SBP, 2005, p. 11). A violência doméstica é aquela que ocorre no convívio familiar e inclui as diferentes formas de maus-tratos citadas.

As entrevistas apontaram como principais pistas para detecção da violência doméstica, a comunicação com outras instituições, principalmente da área de educação, a denúncia dos vizinhos aos agentes comunitários e as visitas domiciliares realizadas pela

equipe, mas principalmente aquelas desempenhadas pelos ACS. Nota-se nas entrevistas, de uma forma geral, a valorização do trabalho dos agentes para a detecção dos casos.

“As pistas... é... as maiores pistas, pra gente, vêm através do colégio, da creche e dos agentes comunitários. Eles que dão as pistas e eles que nos trazem pra que a gente possa verificar. Porque não tem como, é, pouco pessoal pra poder estar fazendo sempre as visitas, tudo. São os casos que os agentes comunitários trazem pra gente, aí é que a gente vai pesquisar. Porque às vezes eles mesmos ficam sabendo pelos vizinhos ou por alguém assim, porque a família mesmo não conta.” (E3)

“Porque eu acho que é visitando dentro do âmbito mesmo da família que você vê aquilo, mesmo que você não veja os maus tratos na hora, mas você percebe. Você vê a situação que a família vive, você vê a violência que tá acontecendo ali. Sendo que eles, pros agentes comunitários, eles sempre negam. E pra gente também, é muito difícil eles contarem. [...] Sempre sabemos por terceiros, nunca pela família. São raras as vezes. [...] Os agentes comunitários, e eles ficam sabendo por terceiros também, eles ficam sabendo por vizinhos, por alguém próximo, aí passam pra gente.” (E2)

Para permitir a identificação de diferentes olhares sobre a detecção da violência doméstica suspeita ou confirmada, contra a criança ou o adolescente, listamos abaixo as pistas mencionadas por cada categoria profissional:

MEDICO

Os médicos identificam como sinais de violência as lesões aparentes, tais como: queimaduras, lesões nas genitálias, escoriações e hematomas. Também servem como sinalizadores de violência o baixo peso, condições de higiene, comportamento introvertido da criança e alimentação inadequada.

“Um menino com uma queimadura muito estranha. Assim, de água fervendo no corpinho dele. Mas agora eu não me lembro exatamente como é que estava, mas de uma forma que eu achei muito difícil ele ter debruçado no fogão e ter escorrido, porque tinha caído assim no braço, sabe...

de uma forma que eu achei difícil dele ter se jogado água. [...]” (M3)

É principalmente através de exames clínicos que detectam os casos suspeitos, mas eventualmente contam com o apoio de vizinhos, outras instituições ou de outros membros da equipe para esclarecerem os casos.

“Caso de suspeita você tem. Você tem um hematoma, um beliscão, alguma coisa assim. Mas casos assim flagrantes, esses casos eu só fico sabendo... Realmente, dificilmente alguém traz aqui na unidade ou me chama pra ir na casa. Isso nunca aconteceu nessa área não. Numa outra unidade até que eu trabalhei lá na roça, eu tive casos de pai que batia, que a mãe me contou, mas aqui não. Não sei se a coisa é mais fechada, entendeu? [...] Até porque as pessoas não querem se envolver. O agente comunitário não quer se envolver, a família também não. Então se não for uma denúncia da escola que não passa por mim, ela vai direto pro Conselho Tutelar, né? Ou um vizinho que faz uma denúncia anônima, eu acabo que muitas vezes não fico sabendo. [...] se eles não vêm aqui eu não fico sabendo, né? Se eles não me falam, eu não fico sabendo.” (M2)

“Bom, eu que fico mais aqui na unidade em atendimento, às vezes eu vejo... alguma marca de lesão assim...já aconteceu. É...da criança mais introvertida, mais medrosa, né? A gente já saca alguma coisa ali no consultório e já vou direto na agente de saúde e peço...pergunto, né? Se existe alguma coisa nessa casa...normalmente ela já tem a história todinha. [...] Mas a gente observa...às vezes a gente observa uma criança que também a mãe fala que tem algum corrimento na menina. A gente já observa, vê a genitália se não tem nenhum sinal de uma lesão, né? Alguma coisa assim...E por aí. Pra gente aqui na unidade é mais por aí... Mas, a gente vê muito pouco.” (M1)

Os médicos entrevistados sinalizaram que não é comum receber e encaminhar casos confirmados ou suspeitos de violência e que diante das suspeitas, é difícil confirmá-las. Receiam perder o vínculo com a família diante de uma abordagem mais direta do problema.

“Olha, eu acho mais assim, exame da criança...se você ver alguma coisa que chame atenção. Uma escoriação, queimadura de cigarro, hematoma... Existe outras formas de maus tratos também que a gente vê demais, que é, por exemplo, a mãe que não dá alimentação adequada, essas coisas, né? [...] Criança que não come, aí você pergunta pra mãe, “mãe, a criança tá abaixo do peso. Que que tá havendo? Ele come?”, “Não, come de tudo, doutora! Come verdura, come carne, come arroz...” Fica difícil, né...eu vou falar pra ela o quê? “Ah, mentira sua?!” Você perde todo o vínculo com a paciente, né. Mas assim, você vê que não tem, você vê, por exemplo, falta de higiene, né. [...] Fica muito difícil dessas coisas você abordar. Você orienta: “olha, mãe, troca a blusinha. Olha, vamos melhorar essa alimentação, vou passar uma vitamina, vou passar uns exames”. Mas assim, é uma coisa que tem que ter muita responsabilidade, né? Pra gente acusar assim, a gente também tem que ter assim, um convívio, né? Ir visitar sempre em domicílio, ver como é que é a situação e muitas vezes a gente não tem nem condição de dar um retorno pra família, né?” [...] fica difícil você...até pra não perder o vínculo com essa família, você denunciar uma coisa que você também não tem uma prova. Eu achei estranho, mas eu também não podia te dizer com certeza, entendeu? O menino muito quietinho. Agora, violência assim, sexual, eu não tenho.” (M3)

Como podemos perceber nos depoimentos acima, as pistas de violência contra crianças e adolescentes detectadas pelas equipes de Saúde da Família confirmam aquelas encontradas na literatura e em manuais destinados à orientação dos profissionais de saúde para detecção de maus-tratos na infância e adolescência. Alguns deles foram elaborados pelo Ministério da Saúde brasileiro em parceria com instituições acadêmicas na área de saúde pública e instituições jurídicas (SBP, 2005; MS a/b, 2002 ; MARMO et all, 1999).

Outro ponto revelado pelas falas dos médicos se refere ao fato da violência doméstica ser um fenômeno de abordagem complexa e multisetorial, diante do qual a maioria dos profissionais de saúde se sente insegura pela falta de habilidades e conhecimentos específicos para o manejo dos casos. A identificação de situações de violência doméstica nas famílias adscritas não parece constituir-se um desafio maior para as equipes. Porém, após diagnosticado o caso, é necessário que sejam abordados de forma integral e intersetorial.

ENFERMEIRO

Esta categoria identifica suspeita ou confirmação de violência doméstica contra crianças e adolescentes quando a família recusa a visita domiciliar, o acompanhante da criança não fornece dados claros na consulta e apresenta um comportamento tímido diante do profissional, a criança mais retraída ou com baixo rendimento escolar, prostituição, abuso sexual, uso de drogas.

“Aquela criança que a mãe traz que é muito tímida ou então tem umas lesões que ela fala” Ah, apareceu com essas manchas” e não sabe de quê. “Ele caiu?” “Não, ele não caiu” “Ele brigou na escola?” “Não, que eu saiba, não”. Aí a gente começa a suspeitar por hematomas, né?, esse caso o pai não quis registrar, vizinhos que alertam por causa do barulho, né?, quando bate, faz barulho, a criança chora...é... e quando a criança tá com rendimento... mas aí, a escola, quando a gente faz trabalho na escola, que alerta pra gente que a criança caiu o rendimento escolar, mas também não é só por isso. Criança cai o rendimento por vários motivos, né? E tem que se averiguar o motivo.” (E3)

“Olha, um exemplo que a gente tem aqui, foi com uma conhecida nossa que trabalhou com a gente e que tinha um parente que abusava da menina sexualmente, que tentava, né? Abusar. Aliciava ela, era uma garota na época ela tinha, hoje ela já tem 12 anos, na época ela tinha 10 anos, é da própria família. Ele tentou abusar, a sorte é que a mãe se tocou a tempo e pegou, mas aí a própria comunidade se revoltou contra ele. Ele saiu fugido da comunidade.” (E3)

AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Marcas de queimadura ou queda; criança desnutrida, com baixo peso; criança machucada, que não fala direito com o profissional e olha para o responsável com medo e o baixo rendimento escolar.

“Quando você pergunta o que aconteceu, eles ficam receosos em responder. Aí olha pro responsável que está junto, olha, pensa duas, três vezes antes de responder o que houve. Eles não te olham direto na cara e falam: Ah, eu...” (AE 3)

“[...] A gente que lida no dia-a-dia, você vê o que é um acidente doméstico e o que não é um acidente doméstico. Aí que a gente percebe as agressões.” (AE 1)

Em uma das entrevistas a esta categoria profissional, um dos entrevis-

tados disse não reconhecer que haja violência na comunidade onde trabalha.

“A gente nunca atendeu aqui ninguém com violência doméstica, essas coisas assim. [...] Não... muito difícil. Muitas crianças aqui parecem que são bem tratadas, né? Nem ninguém comenta nada disso aqui. [...] Eu fico aqui o tempo todo, o dia todo, a gente nunca teve uma criança assim, que se machucou, que se bateu, sangrou. Nada disso. Nem adolescente. Só tem mesmo tombo de bicicleta (risos)” (AE 2 Trabalhadora na equipe há dez anos e em Unidade Básica de Saúde há 22 anos).

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

As entrevistas de uma forma geral apontaram que as principais pistas para detecção da violência doméstica partem de outros setores da sociedade, como escolas e creches, e dificilmente vêm das próprias famílias.

“Dentro da família nunca comentou nada. É sempre um vizinho que comenta: Ah, fulano bateu em ciclano ontem e tal. Assim. Mas na família mesmo, ninguém reclama não.” (ACS 7)

Entretanto, considerando o conjunto de profissionais das equipes, os ACS revelaram contar com maiores possibilidades para detectar situações de violência doméstica. Eles são moradores na comunidade onde trabalham, têm como principal atribuição realizar as visitas domiciliares e estas se constituem um importante veículo de comunicação entre a comunidade e a equipe de Saúde da Família. Esses profissionais tendem a receber mais informações sobre a ocorrência de atos violentos, seja através de vizinhos, nas visitas ou em outras situações dentro da área.

“Violência contra a criança, a gente vê nessa visão de que não tem uma moradia, né... adequada. Pra oito crianças, sete crianças. Não tem alimentação. Isso aí tudo gera, né, um âmbito pra ter até uma violência, mas que a gente não tem acesso. Porque a gente quando vai fazer uma visita domiciliar, até cinco minutos poderiam até tá batendo, tá espancando, mas param. Aí abafam a coisa e a gente não fica sabendo. Vem um conversa com a gente, de repente uma criança ou outra, mas a gente... assim, dentro, só quando um vizinho dessa família vem abrir o jogo com a gente, mas mesmo assim é muito difícil.” (ACS 3)

O fato de serem moradores das comunidades onde trabalham foi apontado pela própria categoria, como um facilitador para a detecção dos casos.

“Ajuda. Porque assim, eu cresci aqui, né? Então, a maioria das pessoas me conhece. Pra chegar perto de mim pra desabafar, contar algum fato, pra eles é mais fácil do que uma pessoa de fora ou de longe.” (ACS 16)

“Muito fácil, porque a gente tem acesso à família, a gente vive com eles, entendeu? A gente vai na casa deles, toma café, conversa, entendeu?” (ACS 12)

Algumas mudanças de comportamento das crianças também fornecem sinais que permitem que os ACS detectem a violência doméstica.

“Quando eu começo a ver aquelas crianças que é bem agitada fica muito quietinha, num canto...aí eu já começo a perguntar: “que que aconteceu, ela te bateu?” Elas são as primeiras a falar... “não, não bateu...” “Bateu sim.” Aí eu começo a conversar pra vê se eu tiro, né? “Bateu.” É sempre assim, o lado deles muda logo. Fica diferente. Aquelas crianças assim arteiras...logo...Tem umas mesmo que a mãe bate e Nossa Senhora...ficam num cantinho com um olhar triste. Ou se tiver com fome porque a mãe tá enchendo a cara de cachaça e não fez a comida ou não tem nada pra comer dentro de casa...a gente logo vê. Eles mudam. E é tudo assim, criancinha pequena. Seis até catorze anos.” (ACS 7)

Também citamos pistas da violência que partem dos jovens e das crianças para com seus familiares. Esta questão também foi trazida por outras categorias profissionais que não fazem visitas domiciliares com frequência. Pode ser um sinal de que é um tipo de violência sem muita censura, muito declarada.

“Eu percebo nas visitas domiciliares a falta de respeito à mãe, o modo agressivo com que eles falam com os pais ou com os avós. Eu percebo assim.” (ACS 2)

Diante das falas das diferentes categorias profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família de Teresópolis, podemos perceber que os dados encontrados na pesquisa de fato confirmam o que a literatura expõe enquanto pistas de suspeita ou confirmação de violência doméstica contra crianças e adolescentes (MS a, 2002; MS b, 2002).

6.3 NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

A notificação de maus-tratos contra a criança e o adolescente é definida como:

“uma informação emitida pelo Setor Saúde ou por qualquer órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente,

vítimas de maus-tratos. O ato de notificar inicia um processo que visa a interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor.” (MS b, 2002, p.14).

Inaugura, como dizem Gonçalves e Ferreira, (2002, p. 316), “um processo no interior do qual se desenrolam procedimentos de investigação sobre a vida em família [...]”. Estas mesmas autoras afirmam que no Brasil a percepção da vida familiar como espaço privado é um dificultador para qualquer ação que busque uma solução para o caso de violência doméstica e que “qualquer intervenção que confronte o discurso dos pais e responsáveis é tida como intrusiva e ofensiva à autoridade paterna.” (OP.CIT, p. 317).

Nesta pesquisa, algumas entrevistas apontaram para um certo receio ou excesso de cuidado na abordagem dos casos de violência e nos encaminhamentos dados a eles. Percebe-se uma tendência, no que diz respeito à notificação dos casos de violência contra a criança e o adolescente para que se faça somente diante dos casos confirmados. Talvez porque estes não deixem tanta margem de dúvida para o profissional de saúde “quanto ao melhor momento de proceder à notificação, [...] preparando a família, esclarecendo a obrigatoriedade por parte da unidade de saúde, o teor da notificação, o que ela significa, a quem é dirigida, suas vantagens e seus possíveis desdobramentos.” (GONÇALVES; FERREIRA, 2002, p. 317).

Em se tratando dos desafios para garantir a notificação como um direito das crianças e adolescentes vítimas de violência e um dever dos profissionais de saúde, detectou-se neste trabalho, através das falas das diferentes categorias profissionais, que há dúvidas ou desconhecimento sobre a presença da ficha de notificação na unidade de saúde.

“Olha, essa ficha eu acredito que tenha aqui, que a gente já viu. [...] Mas eu não... eu não vi não. [...] Porque nós aqui temos ficha pra quase tudo. Ficha pra hipertenso, ficha pra diabético, ficha pra hepatite, ficha pra bebê, ficha pra CA. Tem ficha pra tudo, eu acredito que tenha.” (ACS 8)

O preenchimento da ficha de notificação compulsória para violência, constituiu-se em outra fragilidade para efetivação do sistema de notificação e foi citado em muitas entrevistas como muito temido por conter a identificação do profissional que faz a notificação, como relata esta ACS “Aí, tavam até falando, esse negócio da gente ter que colocar o nosso nome, dizendo tudo o que aconteceu, é complicado porque eles não admitem. Vai que a gente coloca alguma coisa, aí de repente eles chegam: ah foi isso? Né?” (ACS 4)

Outro desafio para notificação se instala em consequência do temor de exposição ou até de punição do profissional por membros da comunidade, evita-se ao máximo a notificação dos casos.

“Aí o agente de saúde veio conversar comigo e eu falei: a gente não pode fazer nada porque isso daí a gente tem que ter prova, né? Se a vizinha quiser denunciar ao Conselho Tutelar aí é com ela... o posto não pode denunciar. Ela queria, ela procurou o agente de saúde pro agente de saúde denunciar, pro posto denunciar e o posto não denuncia, né? Quer dizer, agora tem essas notificações que a gente tem que fazer, mas nós não somos obrigados a fazer. Ninguém quis fazer pra não se expor, aquela história.” (E1)

“ [...] todos os dias vou fazer as visitas. Eles não querem nem saber se eu tô passando, se eu tô fazendo a visita... [...] os outros já sabem que...ah, ela vai ver e ela não vai falar nada porque vai ficar com medo, entendeu? Porque ali é assim...se você falar isso aqui falam que vai te bater, que isso que aquilo. [...] Então a gente já vê aquilo, mas vai fazer o quê? [...] Porque não posso fazer nada. Porque e o medo de acontecer alguma coisa?” (ACS 10)

O medo de se envolver e de ter problemas com o agressor, citado pelos atores entrevistados como justificativa para a não notificação dos casos, é citado por outros profissionais de saúde (MS a, 2002, p. 17; GONÇALVES; FERREIRA, 2002, p. 318). Desse modo, podemos perceber que esse temor, apontado pelos profissionais de Saúde da Família de Teresópolis faz parte dos sentimentos de outros profissionais de saúde no Brasil e representa um desafio para a garantia do Sistema de Notificação de violências.

“Se for violência contra criança, aí tem que ser da Vara da Infância. Se for, assim, alguma pessoa idosa, aí a gente chama a assistente social do município. Agora, violência de marido e mulher a gente não se mete muito não porque ela que tem que ir... [...] um direito pessoal... alguma coisa desse tipo, que só ela mesmo pode fazer. Não adianta eu ir lá, prestar queixa que você apanhou do seu marido. Ela que tem que ir. É personalíssimo que a gente chama.” (E1)

O medo também aparece como importante entrave em relação ao acompanhamento integral às famílias vitimizadas pela violência, conseqüentemente para que esse tipo de assistência se consolide por parte da ESF.

“É, bate. Não vê aonde bate...Outro dia eu falei com ela, “pôxa você tem que ver onde bate nesse menino, vai que bate em algum lugar aí e machuque mesmo ele?” “Que se dane, leva pro hospital!” Eu falei: “não é assim não...você não tem medo de eu denunciar?” E ela: “te bato, hein!” (ACS 3)

Os ACS aparecem como a categoria profissional mais exposta às ameaças de violência por parte das famílias porque são profissionais que moram na comunidade onde trabalham. Em Teresópolis, um dos critérios de elegibilidade dos Agentes Comunitários de Saúde, na seleção para este emprego, é que necessariamente devem ser moradores da comunidade para a qual estão se candidatando.

“E até os vizinhos, dependendo da área que for, que tem a área aqui que é um pouco pesada, eles ficam com medo de falar. [...] É uma área mais... tem tráfico, muito carente, tem muita coisa errada lá, então eles têm medo de ... que eles são trabalhadores da área e são moradores, né? Aí eles sabem que trazem pra gente então o pessoal, os cadastrados, ficam com medo de falar certas coisas, sabem que podem ser tomadas providências e que seja descoberto por alguém que foram eles que falaram e serem chamados de dedo-duro, né? Aí eles têm medo.” (E1)

Além disso, percebe-se nas falas das diferentes categorias profissionais que atuam na ESF, que o ato de notificar os casos é encarado como uma denúncia e dessa forma, se forem denunciar uma violência poderão sofrer retaliação “Não denuncia não porque fica com medo, né. Só assim, se conhecer alguém mesmo...até comenta. Mas não assim, de denunciar não.” (ACS 8)

“Teve até uma palestra na Secretaria da Saúde que eles mandaram esses formulários pra gente. Só que é aquela história... Só que as pessoas preferem não preencher pra não se expor porque eles ficam aqui. Vamos supor: se é um agente de saúde que detectou a violência ele tem que fazer a notificação. Aí o que acontece, é o nome dele que vai lá, e ele é morador daqui, então ele se expõe muito. Mas, isso foi discutido lá: poxa, a gente vai denunciar e depois a gente tá lá e não tem ninguém pra proteger a gente, e se essa pessoa resolve se vingar? É uma situação complicada, não é? Não é sempre que você consegue denunciar uma violência e, tudo bem, você pode até fazer uma denúncia anônima, mas a notificação não é anônima. Não é anônima então ninguém quer se expor, ninguém.” (M2)

Considerando os desafios em relação à notificação dos casos de violência, a ficha é um instrumento subutilizado pelas equipes, que costumam dar outros encaminhamentos aos casos, como, por exemplo, referenciar ao hospital para que a notificação seja feita por lá. O anonimato da notificação parece ser um grande anseio, citado por diversos profissionais das equipes que admitiram conhecer a existência desse instrumento de registro na unidade de saúde, sua utilização e encaminhamento. Sendo assim, a notificação dos casos poderia ser mais efetiva e revelar com mais fidedignidade os dados de violência do município. Além disso, atenderia a um de seus objetivos: funcionar como um instrumento de gestão pública.

“Na época, foi encaminhado. A gente encaminhou para o Hospital das Clínicas. Aí, lá no Hospital das Clínicas tem aquele negócio de fazer a ocorrência e aí que foi encaminhado pro Conselho Tutelar. [...] Nós encaminhamos para o hospital. Porque aqui a gente não tinha nem como fazer.” (AE 1)

“Tem poucos casos de violência que a gente veja, a olho nu, que chegue aqui, com crianças que eu tô te falando...a violência que eu te falei é essa violência que eu te falei anteriormente, a física ela não é muito comum não. A violência física não é comum não.” (M 2)

“Não, eu não. Que eu me lembre não...porque eu também tô pouco tempo aqui, mas nesses três anos nunca teve notificação. [...] Já ouvi comentários: Ah, se realmente for falado mesmo que aconteceu isso, aí nós vamos fazer. Vamos mandar a notificação, acho até que lá pra [...] uma moça que tem lá na secretaria. Que ela que manda pro Fórum.” (ACS 3)

Apoiados na legislação pública e tendo em vista o subdimensionamento dos casos de violência no Brasil, confirmando o que a literatura demonstra, no município de Teresópolis, por razões expostas anteriormente, uma das providências a serem implementadas poderia ser tentar melhorar o sistema de notificação considerando que “a prevenção dos agravos, de acordo com a abordagem da saúde pública, começa com a descrição da magnitude e impacto do problema” (GAWRYSZEWSKI et al, 2007, p. 1.270). As entrevistas revelam que se a notificação para os casos de violência contra a criança e o adolescente fosse anônima, se sentiriam mais à vontade para fazê-la, porque o risco seria menor.

“Nós não costumamos fazer aquela denúncia escrita. A notificação. Também nunca tivemos nada assim, caso de chegar uma criança aqui com o olho roxo, uma criança com uma queimadura suspeita...também não chega assim. A gente sabe dessas suspeitas, né? [...] Inclusive eu acho que deveria haver uma folha de registro bem mais simples e menos detalhista em relação de quem tá denunciando, entendeu? Não é nem uma opinião minha, é uma opinião de todos os profissionais do PSF. [...] Talvez muita coisa fique sem notificação por causa disso. [...] Tem que ser uma coisa mais, como é que se diz...mais confidencial, né?” (M 1)

O subdimensionamento da violência doméstica no Brasil apontado na literatura é confirmado pelas falas dos entrevistados que, em sua maioria afirmaram que desconhecem ou ainda que nunca notificaram casos “Não. Nunca notifiquei. [...] nunca preenchi não, mas tem a ficha sim. Mas, um caso para você notificar teria que ter uma forte suspeita, né?” (M3, Médica da ESF há 7 anos)

“ [...] quando vem alguém aqui que a gente vê também aqui na equipe, que acha que foi mau-trato, ou que bateu no filho quando a gente já começa a conversar com a pessoa e pedir a ficha, a pessoa já tá correndo com medo. [...] Não tem muito tempo, veio um rapaz aqui e deu até uma confusão, com uma criança. A criança machucada, tinha um machucado na boca...quando pediram a ficha o cara só faltou bater em todo mundo, xingou todo mundo. [...] Mas ele achou que fosse a ficha de notificação.” (ACS 2)

Tendo em vista que a UBSF encontra-se localizada nas áreas onde acontecem os casos de violência, as falas dos profissionais afirmam que ao notificarem os maus-tratos, certamente a comunidade descobriria que o registro partiu da unidade de saúde. Dessa forma, talvez o temor das famílias de que a violência não fique impune, seja em decorrência das notificações que partem das instituições de ensino e do hospital e não necessariamente advindas da equipe de Saúde da Família.

“[...] voltando ao exemplo de violência doméstica, uma vez chegou um pai aqui com uma criança com um machucadinho, não sei se era no queixo ou era na testa. Como a gente pedia o prontuário e ele ficou nervoso, não quis esperar. Então ficou todo mundo desconfiando que, ou foi ele que agrediu o filho ou deixou cair. E tudo que você registra, depois vai parar no Conselho Tutelar, né? Ele deve ter lembrado disso porque, quando chega no HCT (Hospital das Clínicas Constantino Otaviano, em Teresópolis), qual-

quer lesão numa criança tem que ser averiguada. [...]Então as pessoas às vezes não querem falar o que aconteceu. Se deu um soco na criança, aí fala que apareceu assim... ou se caiu e ela não tomou conta, deixou cair mas fala que caiu brincando. Vê, esse pai nem quis esperar!” (E 1)

A necessidade de auto-proteção dos membros da equipe de saúde combinada a um reconhecimento ético, individual ou da equipe, em fazer algo diante da violência doméstica, leva alguns profissionais a estimular a denúncia anônima ou tentar obter o registro da notificação pela escola ou pelo hospital.

“A gente notifica, né? Faz a notificação ou a gente pede pra que o... quando é por terceiros, a gente pede pra que eles liguem e eles façam a denúncia pra não partir da unidade, entendeu? Pra não criar essa barreira entre unidade e comunidade. [...] Que eles liguem pra esses telefones do Conselho Tutelar, do Juizado... e fazer denúncia anônima, né? Que eles façam essas denúncias para que não parta da unidade. [...] Na verdade é muito raro a gente notificar. Geralmente a gente pede que façam suas denúncias porque senão, cria... não adianta, esse vínculo perde. Aí o que acontece: a gente vai notificar, por mais que fale que não vai ficar sabendo acaba vazando, de uma certa forma, aí a gente deixa de poder entrar naquela casa, naquela residência. O que não é nosso intuito. Então, partindo a denúncia de um outro lugar a gente fica com a porta aberta ainda.” (E2)

Entre as estratégias para lidar com a insegurança de notificar, há exemplos de práticas informais que contribuem para o enfrentamento e acompanhamento dos casos de violência doméstica. Por exemplo, uma agente comunitária afirmou que a violência é uma questão de saúde que merece ser enfrentada pela equipe “Porque é um trabalho nosso, a gente tá vendo.” Declarou que não notifica ao Conselho Tutelar as situações de abuso contra crianças e adolescentes que acontecem em sua micro-área, mas leva os casos verbalmente a uma conhecida sua, que trabalha na Vara da Infância “É assim... porque eu tenho uma conhecida da Vara da Infância, aí a gente comenta, “ah, como é que tá lá?” e ela: “assim, assim...” [...] é informal.” (ACS 3)

Em contrapartida, a fala de alguns profissionais de saúde parece reconhecer o CT como o órgão que formal e legitimamente pode receber os encaminhamentos dos casos de maus-tratos contra a criança e o adolescente, através de denúncias ou notificações. Porém, parece que o fluxo de encaminhamento das unidades de Saúde da Família busca primeiro, algo menos oficial. Nesse

sentido, as práticas das equipes em relação ao acompanhamento integral dos casos de violência rompem com o protocolo prescrito, já que segundo eles, não dá para notificarem os casos por conta do nível de exposição dos profissionais junto à comunidade e ao grau de periculosidade das mesmas.

A notificação de casos suspeitos de maus-tratos também pode ser incorporada às dificuldades para que a notificação da violência doméstica no âmbito familiar seja mais condizente com a realidade. Os profissionais dizem que não utilizam a ficha de notificação porque não há necessidade, já que não há casos concretos para serem notificados. Desta forma, percebe-se o desconhecimento de alguns sobre o dever de notificar os casos suspeitos, além daqueles que conseguem confirmar. Nota-se, a partir dessas práticas, que em relação a notificação dos casos suspeitos e ou confirmados de violência, muito a que ser revisto.

Outro desafio que se impõe para o uso efetivo da ficha é justamente o sigilo do profissional que a preenche. Especificamente para o Saúde da Família, isso se torna ainda mais complexo haja vista a territorialização, a adstrição da clientela e o conseqüente vínculo relacional das equipes com a comunidade.

“Também nunca tivemos nada assim, caso de chegar uma criança aqui com o olho roxo, uma criança com uma queimadura suspeita... também não chega assim. A gente sabe dessas suspeitas, né? [...] A gente comprova que realmente existiu violência. Vizinho falando “Ah, vivem brigando, a mulher vive batendo”. Aí a gente chama eles. Inclusive eu acho que deveria haver uma folha de registro bem mais...mais simples e menos detalhista em relação de quem tá denunciando, entendeu? Não é nem uma opinião minha, é uma opinião de todos os profissionais do PSF. Nós já solicitamos isso. [...] Talvez muita coisa fique sem notificação por causa disso. [...] Porque é esse caso. Você às vezes tá ali...será que é, que não é, que aconteceu, não aconteceu...” (M2)

Apesar da obrigatoriedade da notificação de violências e maus-tratos contra crianças e adolescentes estar prevista em legislação Federal (Portaria do MS 1968/ 2001; Lei 8.069/1990), os dados não revelam a verdadeira magnitude do problema das causas externas.

A subnotificação dos casos suspeitos ou confirmados no município de Teresópolis, revelada pelos profissionais de Saúde da Família entrevistados, confirma o que a literatura vem apontando a respeito desta temática. Os dados coletados indicam que as equipes de Saúde da Família reconhecem a ocorrência de maus-tratos, porém, estas informações não percorrem os caminhos legais que

deveriam, com vistas a compor o real perfil epidemiológico das violências e acidentes no município.

“O medo todo é esse, sair o nome aqui do posto. Às vezes a gente até comenta com alguém, mas... [...] gente do Fórum. Até comenta, mas pede sigilo pra não falar do posto. Ou pra não falar da gente. Eu sou uma mesmo que faço isso de vez em quando. Mas eu tenho medo e a maioria aqui também acredito que tenha medo. Porque muita gente sabe que aqui tem muita violência.” (ACS3)

Este dado pode ser justificado, se levarmos em conta que, embora a legislação seja muito clara no tocante à proteção das crianças e adolescentes, os profissionais se sentem extremamente ameaçados por ela. Percebe-se que a decisão de notificar “não se prende à orientação geral da legislação, mas sim às peculiaridades de cada caso, e é influenciada por fatores de ordem pessoal dos profissionais, pelas especificidades do caso atendido e pelas próprias estruturas dos serviços [...] (GONÇALVES; FERREIRA, 2002, p. 317).

Os profissionais de saúde entrevistados reconhecem os médicos e enfermeiros como os profissionais da equipe responsáveis pelo preenchimento da ficha de notificação. E essas categorias profissionais parecem ser legitimadas pela equipe a conduzirem certas práticas em relação aos casos de violência.

“Sempre é assim, a enfermeira ou a doutora...” (ACS 2)

“É, acho que em todos os casos acontece, em um foi a doutora, não tô lembrando, nesse caso da criança foi a enfermagem, mas uma das duas.” (ACS4)

“Os enfermeiros ou os médicos. São eles que fazem essa parte. [...] Porque, na verdade, a nossa função aqui, de auxiliar e técnico, é atender a demanda sim, mas a gente não tem muito contato assim, diretamente. É esporadicamente que a gente fica sabendo de um caso desse, mas quem sabe tudo mesmo são eles.” (AE 1)

No entanto, essa conduta pode se constituir como um desafio para a notificação dos casos, visto que nem todas as suspeitas ou confirmações de violência chegam aos médicos e enfermeiros da equipe. Identificou-se, através da entrevistas, que os ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem fazem uma espécie de filtro, que acaba por selecionar aquilo que chega aos médicos e enfermeiros da unidade, principalmente aos médicos. A fala desta médica ilustra esta espécie de triagem que pode ocorrer em algumas equipes. Aponta também uma lacuna na discussão e no acompanhamento integral realizado pelas equipes diante dos casos de violência.

“[...] a gente tem muita dificuldade em identificar. As coisas são sempre muito abafadas, muito camufladas. O agente comunitário, por fazer parte da comunidade, pelo menos na minha área não costuma trazer esses casos pra mim. Quando relata algum caso ele relata algum caso que já foi denunciado e que... assim, por algum vizinho. Nunca vem aqui pra unidade, entendeu?” (M3)

A fala dos médicos e enfermeiros revelou que a notificação pode ser feita por qualquer integrante da equipe de Saúde da Família. Contudo, eles acabam se responsabilizando por esta tarefa. Uma das justificativas apontadas se refere ao medo que os outros profissionais da equipe têm de tomarem para si o preenchimento do documento.

Os depoimentos que se seguem, confirmam os achados em outros depoimentos de profissionais das categorias de medicina e enfermagem. O livro de ocorrência apontado pela médica é um livro de registro que todas as unidades de Saúde da Família têm. Esse livro foi citado por alguns profissionais entrevistados e apontado como um espaço de registro, no qual se sentem mais confortáveis para registrar os casos de violência que aparecem na unidade.

“O profissional que tiver mais envolvido. [...] Não é uma coisa assim, específica... Não, não... quem tiver mais envolvido. Às vezes a (enfermeira) vai fazer um preventivo, por exemplo, e aí a mulher conta alguma coisa de violência. Ela pode fazer a notificação. Apesar da gente estar sempre interagindo... aí chega depois... “ih, atendi uma mulher assim e tal, quê que você acha?” Eu vejo muito medo, né? Às vezes as pessoas têm medo aí eu falo, não, eu faço a notificação. Até o livro de ocorrência. “Ah, eu tenho medo de botar ali e depois, lá fora”. Aí eu falo, então me da aqui, aí eu escrevo o que que é, e assino.” (M1)

“Muito raro. [...] Acho que qualquer um da equipe que quiser. Mas geralmente fica com os enfermeiros, né? E com os médicos. Nunca fazem nada sozinhos, fazem em equipe. [...] Agentemanda pra Secretariade Saúde, aí delá exatamente pra onde vai e não sei. [...]” (E3)

Os atores entrevistados deixam muito claro em seus depoimentos que um de seus principais desafios para a notificação dos casos diz respeito à exposição do profissional de saúde quando se identifica ao assinar a ficha de notificação. Por ser este profissional morador da comunidade no caso do ACS, ou ter vínculo permanente com a comunidade, uma premissa do Saúde da Família, a notificação se torna um risco. Além disso, alguns apontam a impunidade, um pro-

blema brasileiro, como um outro desafio. Não notificam porque não acreditam que o agressor será punido. Então, mais uma vez, apenas o risco recai para o profissional que notificou.

“Você vai lá e denuncia. Você tem aquela certeza de que no Brasil tá tudo errado. O bandido tá solto e nós estamos presos dentro de casa. Você denuncia uma coisa e você é que se ferra...então tá todo mundo com medo de...desse tipo de coisa, entendeu? As pessoas não tão fazendo, não... Pelo o que eu já conversei com outros colegas...é uma coisa simples, só mudar um pouco dessa... dessa...nome, endereço, CPF, não sei quê, tal, onde você mora, com quem... [...] Tem que ser uma coisa mais, como é que se diz...mais confidencial, né? [...] Não tô falando por mim porque aqui não tem nenhuma assim, explícita.” (M2)

Percebe-se que a subnotificação da violência doméstica no caso da ESF, tem uma especificidade e deve ser contextualizada. As equipes têm vínculo permanente com a comunidade e atestam que denunciar um ato violento pode, além de comprometer o vínculo entre profissionais de saúde e comunidade, os colocar em risco, haja vista que as unidades de saúde encontram-se em áreas de alto índice de violência urbana.

“Tipo, não é fácil chegar lá e... sabe? [...] Eles nunca contam a história verdadeira. [...] Diz que foi um acidente, que caiu. Aí você sabe que foi um soco; ah não, caí de bicicleta , aí você sabe que a história não é aquela, mas a gente deixa e deixa passar. Até numa reunião aqui foi passado que tinha que ir com um documento sobre a violência, que a gente tinha que assinar e que tinha que ser encaminhado não me lembro pra onde com as nossas assinaturas e a gente dizendo o que acontece dentro da casa.” (ACS)

6.4 ATENÇÃO ÀS FAMÍLIAS QUE VIVENCIAM A VIOLÊNCIA

A ESF se propõe a organizar a atenção primária em saúde, sendo resolutiva dentro do seu nível de complexidade e ser a porta de entrada para os demais níveis de atenção à saúde do SUS. Apresenta como princípios fundamentais a integralidade, a qualidade da assistência, a equidade e a participação social. Os atores de diferentes profissões da área da saúde estruturam-se em equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma população, em território definido, onde desenvolve suas ações. Seu principal objetivo é garantir atenção integral aos indivíduos e famílias, assegurando um fluxo de referência e contra-referência entre os diversos níveis do sistema de saúde. Tomando estas características a ESF, in-

clui a abordagem familiar no contexto da saúde pública e da atenção básica (RIBEIRO, 2004).

Contudo, percebemos nesta pesquisa, os desafios postos aos profissionais de Saúde da Família para abordar os casos de violência doméstica levando em consideração o conjunto familiar exposto à situações de violência. Detectou-se um tipo de cuidado fragmentado, focado mais especificamente no indivíduo que sofre. A quase totalidade dos integrantes das EqSF, que compuseram a amostra pesquisada sugerem que não se sentem habilitados para lidar com casos relacionados à violência. Destes, muitos colocam que esta habilidade não deve ser atribuída aos profissionais de Saúde da Família, principalmente os casos suspeitos, que demandam habilidades mais específicas. Uma das consequências evidenciadas a partir da fragilidade em relação às habilidades das equipes é que, quando podem, passam os encaminhamentos, incluindo a notificação compulsória, para outros setores, principalmente o da educação.

“Quando ela é declarada, [...] aí a gente tem que tomar uma providência, encaminhar ao Conselho Tutelar e coisa que o valha. A escola normalmente é que faz esse papel. E a gente se sente confortável. [...] Que a mãe vem falar com a gente, ela pede ajuda. Que a família tem que vir aqui. Aí tá declarado, né? Uma situação. Mas normalmente, a escola tem feito esse papel. [...] É porque aí a gente não teve que gerar um conflito com a família. Não foi gerado. E eles acostumaram que a escola tenha esse papel. Agora eles não se acostumaram que o posto tenha esse papel. Eles vão ver de uma outra forma até agressiva. [...] Se esse fosse nosso papel a gente já teria se organizado pra tanto.” (ACS 9)

A dificuldade que sentem para intervir, acompanhar individualmente e em equipe as famílias, além de encaminhar intersetorialmente os casos, confirma o que a literatura sobre o tema vem sugerindo, isto é, que a maioria dos profissionais de saúde sente-se insegura para manejar casos de violência familiar (MOURA; REICHENHEIM, 2005; MINAYO, 2006).

“Existe. [...] As coisas são sempre muito abafadas, muito camufladas. O agente comunitário, por fazer parte da comunidade, pelo menos na minha área não costuma trazer esses casos pra mim. Quando relata algum caso ele relata algum caso que já foi denunciado e que... assim, por algum vizinho. Nunca vem aqui pra unidade, entendeu? Por exemplo, ou o colégio, ou um vizinho denunciou e já tá tudo resolvido, eles me relatam. Eu nunca pego um caso, pego suspeita.” (M3)

A equipe de Saúde da Família é apontada por alguns de seus membros como impossibilitada

de tomar providências para o acompanhamento das famílias em situação de violência doméstica contra crianças e adolescente. Por conta dessa percepção, freqüentemente os entrevistados colocaram a necessidade de referenciar os casos identificados, suspeitos ou confirmados, para um serviço especializado. Porém, não reconhecem a disponibilidade deste tipo de serviço na rede municipal de saúde. As equipes demandam que sejam compostos por assistente social e psicólogos que ofereçam suporte às equipes e às famílias quando identificassem casos de violência doméstica.

“Eu acho muito complicado. Sabe? Não sei se a gente também tem tanto preparo assim, porque não é uma coisa do dia a dia. Não é todo dia que a gente ouve falar disso, que você vê. Então, eu tenho horror! A gente vê muito na televisão, né...todo dia. [...] muito chocante, né...sabe? [...] eu não sei te dizer como é que a gente vai lidar com isso. Podia ter um profissional, um psicólogo, para dar um suporte, né? Pra lidar com esses casos. Não só pros problemas desse nível, mas os problemas da equipe também, né? Porque aqui é uma rotina bem árida que a gente tem, é um dia a dia bem cansativo. Vira e mexe tem alguém estressado, com a pressão alta, tem um cansado.” (M3)

Em uma outra entrevista, a violência contra a criança e o adolescente foi mencionada como uma questão de saúde detectada por auxiliares e técnicos de enfermagem, porém, não parece constituir-se como uma competência, no que se refere ao acompanhamento do caso junto com a equipe de saúde “Violência contra a criança. Quando eu percebo, eu passo para os enfermeiros e as médicas para eles tentar resolver.” (AE 3)

Percebemos que acompanhar de forma integral as famílias em situação de violência é uma dificuldade explicitada pelas equipes, assim como notificar os casos suspeitos e confirmados de maus-tratos. No entanto, algumas estratégias são realizadas com vistas a acompanhar as famílias vitimadas pela violência. A mais citada foi a visita domiciliar, que tem como principal ator envolvido o agente comunitário de saúde. Este integrante da equipe de Saúde da Família traz como principal atribuição ficar fora da unidade de saúde, percorrendo a micro-área, realizando visitas nos domicílios da clientela adscrita. É o agente comunitário que leva muitas vezes, aos demais profissionais de saúde, a realidade sócio sanitária da comunidade.

“Pede ajuda à escola, às vezes a equipe chama a mãe, conversa com a mãe, o que ela tá precisando, se ela precisa de um encaminhamento pra psicóloga, como eu te falei anteriormente, e de fono, de qualquer outra situação que leve a criança a ocupar o espa-

ço dela, o tempo dela e retire ela daquele meio que a agredia.” (ACS 8)

“Olha, a gente não teve isso aqui, teve suspeita. Mas assim, a equipe toda acompanha de fazer exame, de ver como é que tá na escola. Tudo discretamente. Procurar fazer mais visita naquela casa.” (E 1)

As visitas domiciliares (VD) são valorizadas pelas equipes de Saúde da Família, como uma forma privilegiada de acompanhamento às famílias com suspeita ou confirmação de maus-tratos. Nas entrevistas a grande maioria dos profissionais aponta a VD como importante momento para que se possa conversar com a família no intuito de que ela modifique suas atitudes violentas. Porém, o acompanhamento integral e intersetorial vai além da conversa. Apóia-se na realização dos encaminhamentos necessários ao suporte familiar dentro da equipe de Saúde da Família, junto a outros especialistas relacionados ao setor da saúde como psicólogos, além das ações intersetoriais para os diferentes setores da sociedade, como por exemplo, escolas, CT, programas governamentais e os não-governamentais.

“Aí teve uma casa que eu visitei, que a mãe tava com um prato, almoçando, e a menina do lado pedindo comida. A mãe: Daqui a pouco eu te dou. Aí eu fiquei lá pra ver se ela ia dar mesmo. Porque eu fiquei sabendo que não dava, né? Aí eu tive que ficar visitando, por isso ela passou a cuidar melhor do filho.” (ACS 6)

“A equipe pesquisou e nem ficou confirmado, mas conversou com a família pra que não acontecesse porque senão aquilo seria passado pro Juizado e tal. E aí foi solucionado. Aparentemente, foi. Mas a gente continuou observando.” (E 2)

As falas de toda a equipe de saúde indicam que as percepções e práticas dos ACS são determinantes para a estruturação das práticas de intervenção da equipe. Os relatos mostram que a partir do que eles percebem e trazem ou não para compartilhar com as equipes, as condutas são tomadas ou inibidas. A fala desta médica demonstra este tipo de atitude.

“Só que eu acho que assim, a gente fugiu um pouco do que é o PSF. A gente não tá trabalhando exatamente nos princípios do que seria uma unidade de Saúde da Família. [...] A gente tem muita demanda de paciente. [...] Eu não tenho aquela liberdade de poder sair a pé pela comunidade, tirar um dia como eu gostaria de fazer e visitar os domicílios com os agentes comunitários. Eu não tenho,

não disponho de tempo pra isso, entendeu? Então, na verdade, são os agentes comunitários que têm que identificar isso e trazer pra gente. Porque é o trabalho deles. Tão dentro da casa, conhecem as famílias, têm vínculo...[...]" (M 3)

O acompanhamento intersetorial dos casos de violência doméstica contra a criança e o adolescente apontado nas entrevistas parece existir entre o setor da saúde, o da educação, o Conselho Tutelar e a Vara da Infância, Juventude e Idoso (VIJI). Estas três instituições parecem garantir alguma comunicação a respeito desses casos.

"A gente acompanha através do agente comunitário, só. E do colégio. [...] O agente comunitário vai fazendo as visitas e vai vendo se continua tendo ou se está tendo algum tipo de violência pra poder nos passar, né?" (AE 1)

"É muito difícil chegar essas coisas assim pra gente. Quando chega caso de violência aqui... é muito difícil chegar. Quando chega, eles já mandam direto pra assistente social. [...] Eles que resolvem. A assistente social, o Juizado. [...] Até caso de... de cartão de vacina, quando tem cartão de vacina atrasado ou então quando a pessoa perde, deixa desmazelar. Aí vem pedir pra poder trocar o cartão. [...] Cartão de vacina é um documento. E eu já acho que cartão de vacina, tu desmazelou já é um destrato que tá tendo com a criança. Porque é um documento, né, é a vida da criança que tá ali. Aí chega aqui pedindo pra trocar... trocou uma vez, trocou duas vezes... a gente tinha até um papelzinho que grampeava no cartão, dizendo que ia mandar pro Juizado. Porque a gente faz isso: trocou o cartão mais de duas vezes, encaminha para o juizado. A gente não, né, os enfermeiros chefes." (ACS 7)

No entanto, as falas dos entrevistados, de uma forma geral, independente da categoria profissional, expressou uma certa confusão em relação às práticas de acompanhamento intersetorial para os casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Instituições públicas e privadas, nomes de profissionais e grupos profissionais foram citadas, como referências intersetoriais para os casos de violência. Algumas das referências foram para a assistente social da secretaria de saúde do município, que em uma fala apareceu como categoria profissional pertencente à ESF; à coordenação do PSF; ao "Juizado de Menores". Vale comentar que o Juizado da Infância e Juventude, atualmente denominado VIJI, foi também

utilizado por alguns atores entrevistados, como sinônimo de Conselho Tutelar. Este órgão, foi muitas vezes confundido com o “Juizado”, por atores entrevistados, independente de sua categoria profissional. Isto pode indicar uma falta de clareza a respeito do que é, como funciona, e quais as atribuições do Conselho Tutelar (CT) e da Vara da Infância Juventude e Idoso). Geralmente os entrevistados se referiam à Juíza, Juizado de menores e demoravam a se lembrar do CT. Em muitas entrevistas o CT não chegou a ser citado. O serviço de psicologia médica do curso de medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO e o Centro Materno Infantil (CMI), um serviço da rede de saúde do município que disponibiliza profissionais da área medica, fonoaudiólogos, psicólogos e outros especialistas que atendem gestantes, puérperas e crianças, também foram reconhecidos e citados como referências para receberem encaminhamentos provenientes da ESF.

“[...] se for violência mesmo assim de bater, violência sexual, isso não tenho experiência não. Mas tenho certeza de que se eu tivesse um caso desse eu ia pedir um suporte. A princípio eu acho que pra Coordenação do PSF. E a gente aqui também tinha...o... era o último período que ele tava, o doutor (professor de psicologia do UNIFESO). Ele é médico, ele é psiquiatra e ele faz o trabalho dele aqui com a comunidade e a gente também [...] Que ele tem mais experiência, uma pessoa muito mais capacitada pra isso, né.” (M3)

“No meu caso, eu te falei, não foi feito um trabalho não...só falamos, foi falado aqui em reunião, comentado, todo mundo ficou indignado mas não foi feito não, só lá mesmo, só no Conselho Tutelar que trabalhou ela, aqui não. Até porque não foi, quer dizer, é...ela não ficou sabendo que partiu daqui...” (ACS 4)

“Aliás, [...] essa pessoa que vem aqui é do Conselho Tutelar. É, eu confundo um pouco as coisas. Agora que você falou Conselho Tutelar eu me lembrei. Eu queria me lembrar o nome dela, depois de repente eu posso pensar um pouquinho pra te falar. Mas é dali que eles ajudam a gente. Vai lá dentro da casa.” (M1)

Alguns entrevistados de uma equipe citaram uma iniciativa não-governamental existente na área adscrita à ESF, que atua recebendo encaminhamentos de adolescentes em situação de vulnerabilidade social que parte da equipe. Estes mesmos profissionais salientaram a necessidade de mais atividades sócio-educativas para crianças e adolescentes, porque isso inibiria o

acesso ao uso e tráfico de drogas, para eles potencializadores da violência urbana e familiar.

“[...] um lugar onde possa ter uma escola de futebol, onde tem um centro social que ensina as coisas para as crianças, aquelas lutas que criança gosta de fazer, judô e não sei o quê mais, tem aula de computador pra que ela possa estar aprendendo, às vezes até aula de violão e outras atividades, pintura, desenho, que aí a criança fica ali naquele tempo, tá ocupando, tá sendo educada, tá sendo trabalhada socialmente. E aqui já tem alguns lugares pra isso.” (ACS 2)

Diante do exposto, podemos perceber que apesar dos profissionais apontarem algumas facilidades no tocante à identificação dos casos, vistas em seção anterior, no que concerne ao enfrentamento do fenômeno da violência doméstica contra a criança e o adolescente pela equipe, com abordagem interdisciplinar e intersetorial, há muitos desafios a ultrapassar. A literatura sugere que o reconhecimento da violência doméstica como um problema de saúde pública, vem crescendo por parte dos profissionais de saúde, porém, os mesmos apresentam uma visão subestimada do fenômeno, haja vista a precária detecção dos casos nos serviços de atenção primária (MOURA; REICHENHEIM, 2005, p. 1.126).

As categorias equipe integração/equipe agrupamento (PEDUZZI, 2001) utilizadas para analisar as práticas de comunicação no interior das equipes em relação à abordagem e acompanhamento dos casos de violência doméstica contra a criança e o adolescente, ajudaram a identificar que alguns profissionais sentem que a equipe funciona de forma integrada na abordagem e acompanhamento dos maus-tratos.

“[...] eu acho que tem que ter... ser um todo. As agentes comunitárias, a gente precisa delas assim como elas precisam também da gente. Quando acontece alguma coisa, elas vêm tirar dúvida com a gente, a mesma coisa, quando a gente quer saber alguma coisa, a gente recorre a elas. É um conjunto, um todo. Porque sem uma parte, não funciona.” (AE 1)

Por outro lado, houve profissionais que citaram não reconhecer a integração da equipe diante dos casos de violência doméstica, desde sua detecção, encaminhamentos, até suas práticas de acompanhamento.

“[...] porque a gente não pode fazer nada. Nós somos simples agentes comunitárias. Muitas das vezes a gente não pode nem dar opinião. [...] Tem que deixar pros maiores resolverem. [...] deixar pros enfermeiros ou então

pros médicos, falar lá fora com assistente social... Porque eles, lá na Tijuca (área de localização da Secretaria Municipal de Saúde) , que resolvem tudo, né? Aí às vezes a gente... a pessoa vai e fala... vira pra gente e fala: Ah, mas você não tem nada a ver com isso. Você só é agente comunitária. Aí fica difícil também da gente se meter em certas coisas.” (ACS 2)

A literatura aponta que um dos principais problemas das equipes de Saúde da Família é justamente não trabalhar de forma integrada e aponta como justificativa para isso a ausência de habilidades para estabelecer relações construtivas entre os membros da equipe. Essas habilidades não foram desenvolvidas pelos cursos de graduação da maioria dos profissionais que atualmente trabalham junto à ESF (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2005, p. 25). Contudo, “a equipe deve criar mecanismos para compartilhar a experiência de cada um de seus membros, possibilitando a adoção de práticas comuns que garantam maior qualidade ao atendimento” (MS, 2002 a, p. 28).

Os ACS prioritariamente e os enfermeiros parecem ser os profissionais designados para acompanhar as famílias cujas suspeitas ou maus-tratos confirmados chegam ao conhecimento da equipe de saúde. Os agentes parecem funcionar como filtro e via de acesso para entrada desses casos, e as visitas domiciliares orientam o trabalho das equipes.

“Olha, quando a gente não tem certeza absoluta, aí as Agentes Comunitárias começam a fazer mais visitas àquela família, começam a observar, entendeu? Se tem alguma coisa anormal ou não. Através das agentes comunitárias que a gente fica sabendo de alguma coisa. Elas são muito importantes aqui pro PSF.” (AE 3)

“[...] porque a gente é uma comunidade... aqui tem muita casa, muita moradia fixa. Então a gente se conhece há muitos anos, assim, a maioria do pessoal. Então é fácil porque a gente se conhece há muito tempo, todo é conhecido, todo mundo, né? Eu acho que é mais fácil A nossa visita tá por uma casa, aí daqui a pouco a gente tá na outra, vai passeando... uma agente sabe de uma coisa fala com a outra... Acho que a visita ajuda muito porque a gente fica conversando... a gente já conhece as pessoas, qualquer mudança já é fácil detectar.” (ACS)

No entanto, pudemos perceber que os ACS deixam de encaminhar esses casos em equipe. Alguns dos motivos postos foram por desconhecimento de que o caso deveria ser encaminhado em equipe ou porque a equipe enfrenta problemas de comunicação e integração entre seus membros.

Nota-se que a comunicação a respeito da violência intrafamiliar se restringe ao que os ACS detectam e guardam para si e aquilo que comentam entre si e com os enfermeiros. Raramente as descobertas de abuso ou de suspeitas contra crianças e adolescentes, chegam aos médicos. Parece que a impotência diante da solução deste tipo de agravo inibe a fala dentro da equipe, mesmo quando há espaço de reunião de equipe.

“Aí eu não falei, não comentei com ninguém não, porque esse assunto não é muito abordado. Não é, entendeu? Então, não tem como passar pro enfermeiro. [...] porque eles não podem fazer nada, entendeu? Não tem como eles fazerem nada. Então, eu..eu, por exemplo, não tenho informações de que eu pudesse falar com alguém, entendeu? O quê que o enfermeiro pode fazer? Nada.” (ACS 3)

Quando pensamos na perspectiva das práticas de integralidade no interior das equipes de saúde, é inevitável a discussão sobre as relações de poder e a hegemonia do saber médico. Em uma equipe de saúde o saber médico é importante, porém, pode não ser o determinante na conduta a ser tomada (HONORATO; PINHEIRO, 2007).

As EqSF se constituem por médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e em alguns municípios que a ESF pode contar com a equipe ampliada, contam com a equipe de saúde bucal formada por Cirurgião Dentista e Técnico/Auxiliar em Higiene Bucal. No entanto, as práticas de integralidade exercidas pelas equipes de Saúde da Família, apesar de sua composição multiprofissional ainda não resultou, de forma significativa, na transformação do modelo assistencial preconizada pelo SUS e ressaltado na ESF, desde seu nascimento na década de 1990.

“O que se percebe em grande parte das unidades de saúde e hospitais é uma simples justaposição de diferentes profissionais, a existência de uma hierarquia extremamente rígida, que manteve a fragmentação do trabalho e do olhar em relação à saúde do usuário característico do modelo biomédico que se pretende superar. Esse fracionamento do cuidado se apresenta como empecilho substancial para práticas de integralidade nos serviços [...]” (GOMES; SILVA; PINHEIRO; BARROS, 2007, p. 19).

Retomando as categorias teóricas equipe integração/equipe agrupamento, identificamos que apesar do trabalho em equipe interdisciplinar em serviços de atenção à saúde não ser algo inovador, e especificamente na ESF constituir-se enquanto base para

que se realize a atenção à saúde da população adscrita, percebe-se, em relação às práticas de atenção às famílias vítimas de violência doméstica no âmbito da Saúde da Família, o trabalho de assistência voltado aos indivíduos isoladamente e não às famílias.

Quando a percepção dos profissionais foi de que a violência é um problema de saúde pública que merece ser enfrentado, as dificuldades para enfrentá-la passaram por questões inerentes às possibilidades individuais para seu enfrentamento como, por exemplo, a falta de capacitação técnica para acompanhar as famílias e as possibilidades que a equipe apresenta para o enfrentamento, cujo maior exemplo citado foi o medo de sofrer conseqüências por parte da família. Essa questão vem ao encontro de uma cultura na qual a intervenção familiar pode ser vista como uma invasão de privacidade. E no caso de algumas entrevistas, os próprios profissionais declararam ter dificuldade de organizar uma intervenção por perceberem a família como um espaço privado (MS a, 2002).

“[...] é difícil a equipe enfrentar e colocar por ela mesma, eu acho difícil. [...] É meio complicado você se envolver, porque a gente tá todo dia na casa daquele cliente. Todo dia ali. Se você for se envolver... Você pode até conversar tranqüilo, explicar isso. Mas se a coisa vazar, aí a gente lá naquela casa, a gente não pode nem ir mais. Porque aí já parte pra uma coisa... uma indiscrição, né? Porque o cliente confiou em você, você conversou com ele. [...] Então, a equipe enfrenta isso como uma coisa que a gente não pode muito que... “meter a colher” no meio, porque se não acaba sobrando pra gente.” (ACS)

“Afeta a todo mundo, acaba chegando até aqui. [...]a gente não está sabendo como chegar por causa desses problemas, eles resistirem tanto a nossa ajuda. Porque tudo bem que a gente tá se metendo na vida deles, entendeu? Mas nunca vê pelo lado de que a gente tá querendo ajudar. E como tem grupo, assim, do AA que a gente tenta tá encaminhando, usuários de droga também, mas eles não aceitam não. Até a gente comentar qualquer coisa é como se fosse uma agressão para eles, sabe? Acham que a gente tá passando do limite, né?” (ACS)

Essas falas podem ser entendidas, se considerarmos que a violência e os acidentes são agravos que tradicionalmente não integravam às práticas do setor de saúde e sim outros setores da sociedade como o de transporte, da Justiça e da segurança (SILVA E COL., 2007). Como diz Gawryszewski, et al (2007, p. 1.277), “ A violência apresenta novos problemas para o

setor saúde, pois é preciso que existam mecanismos bem definidos não somente para a detecção dos casos, mas também para o acolhimento e encaminhamento das pessoas atendidas.”

Além do medo de abordar a questão da violência com a família e se sentir responsável pela perda do vínculo com ela ou ainda em uma possibilidade mais grave, a ruptura do vínculo daquela família com a unidade de saúde, outra dificuldade apontada diz respeito às práticas intersetoriais.

“Aí eu achei que foi feito um trabalho bom deles lá e eu nunca falei nada. Eu, particularmente, fiquei com medo de falar pra ela, de comentar, fiquei com medo até dela sair daqui, ficar revoltada, porque ela tinha um relacionamento muito bom aqui com o pessoal, [...] fiquei com medo dela [...] não se tratar mais, não trazer mais as crianças. Aí eu nem comentei.” (ACS)

Percebe-se desse modo que um dos grandes desafios para a resolubilidade da assistência dos casos de violência doméstica pela ESF, diz respeito às práticas de integralidade. Esta sendo concebida como “o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 64).

Os depoimentos nos mostram em relação às práticas das equipes diante da violência doméstica, que além de acompanhar de forma integral, a intersetorialidade também se constitui em uma dificuldade diante dos casos de maus-tratos domésticos, apesar de que segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde

[...] a intersetorialidade pode ser compreendida como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de coresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (PORTARIA 687/2006, p. 10).

Percebe-se assim, que esta Política do MS, responsabiliza o setor de saúde pela articulação dos diferentes setores da sociedade, considerando os múltiplos aspectos do processo saúde-adoecimento da população. No âmbito da ESF, realizar parceria com outros órgãos, como por exemplo, o Conselho Tutelar e outros setores da sociedade, como o Jurídico ou da educação, pode acarretar problemas quanto ao vínculo das equipes com as famílias adscritas.

“Quando ela é declarada, [...] Que a mãe vem falar com a gente, ela pede ajuda. Que a família tem que vir aqui. Aí ta declarado, né? [...] aí a gen-

te tem que tomar uma providência, encaminhar ao conselho tutelar e coisa que o valha. A escola normalmente é que faz esse papel. E a gente se sente confortável. [...] É porque aí a gente não teve que gerar um conflito com a família. Não foi gerado. E eles acostumaram que a escola tenha esse papel. Agora eles não se acostumaram que o posto tenha esse papel. Eles vão ver de uma outra forma até agressiva. [...] se esse fosse nosso papel a gente já teria se organizado pra tanto.” (ACS 3)

Os conhecimentos das equipes de Saúde da Família para a identificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes, parecem não se constituir enquanto um entrave no enfrentamento dos casos no município de Teresópolis. O desafio maior em relação à promoção da saúde para as famílias vítimas de violência doméstica no âmbito da ESF, se refere às práticas interdisciplinares e intersetoriais das equipes no tocante à atenção e possibilidades de encaminhamentos dos casos.

6.5 CONSTRUÇÃO DA PAZ NAS FAMÍLIAS E NA COMUNIDADE

A ESF, uma proposta do MS para estender o acesso da população aos serviços de saúde, introduziu um mecanismo de busca ativa da população usuária, antes desprovida desses serviços. Sendo assim, a universalização do acesso à saúde traz este contingente populacional, ora excluído, para a rede em todos os níveis de complexidade (COHN, 2005). Prioriza em suas bases teóricas a promoção da saúde e a integralidade da atenção, além do que todas as ações em saúde são focadas no coletivo e visam à promoção, a prevenção, cura e a reabilitação. Neste sentido, a ESF promove uma ruptura com o modelo hegemônico de atenção centrada em indivíduos, intervenções predominantemente médicas e ações curativas. Assim, a partir desse novo modelo de atenção à saúde, as ações se voltam para o indivíduo concebido em uma família, que faz parte de uma comunidade e as intervenções devem ser predominantemente realizadas por equipe interdisciplinar, sem desprezar a abordagem individual (ANDRARDE; BARRETO; FONSECA, 2005).

Partindo de uma visão sistêmica, o indivíduo é um todo que faz parte de uma família, inserido em uma comunidade, em determinado bairro ou distrito, cidade ou país, em um determinado tempo histórico. Assim sendo, torna-se necessária uma abordagem totalizadora, para que se alcance o objetivo do promover saúde, entendida como qualidade de vida (ANDRARDE; BARRETO; FONSECA, 2005, p. 26).

Tendo em vista a perspectiva da promoção da saúde, como uma das estratégias para se

produzir saúde junto à população, a ESF necessita, a partir do diagnóstico local da situação de saúde, organizar suas atividades de modo a apresentar formas de enfrentamento para os problemas prioritários de saúde-doença da clientela adscrita (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2005). Nessa linha, a promoção da saúde no âmbito da Saúde da Família pode ser entendida como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúdeadoecimento, dentre eles, a violência, o desemprego, o subemprego, a falta de saneamento básico, dentre outros, na intenção de potencializar formas mais abrangentes de intervir em saúde (PORTARIA 687/2006, p. 7). Desse modo, as ações de promoção da saúde devem ser planejadas

[...] tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde, seus determinantes e condicionantes de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e àqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades [...] (PORTARIA687/2006, p.8).

Levando em conta as perspectivas da integralidade e das ações de promoção da saúde, a partir dos resultados desta pesquisa, percebe-se que as equipes levam, mesmo que não em sua totalidade, os casos de violência para dentro da unidade de Saúde da Família. As falas também evidenciam que os profissionais de Saúde da Família clamam por respaldo interinstitucional e multiprofissional da rede do SUS e de outros setores da sociedade, para realizarem acompanhamento integral e intersetorial às famílias.

“A gente fica meio impotente, meio de mãos amarradas. Não tem muito o que fazer. Só aconselhar. Se ficar sabendo de algum caso desse, aconselhar. E isso dentro da família. Aconselhar o pai, a mãe. Explicar que pode ocorrer se o risco de enfrentar a justiça e a Lei. Isso conversando no âmbito da intimidade que você já viu, do vínculo que você já cria com a família, porque você tá todo mês ali, todo dia você tá lidando com a família. Então, você já cria um laço, um vínculo, que você já pode chegar e conversar mais abertamente. Agora, esse tipo de coisa é meio perigoso, meio complicado. Isso pode parar na Justiça, entendeu?” (ACS 9)

Em relação ao fluxo de comunicação entre os membros das EqSF na intenção de elaborar estratégias interdisciplinares na perspectiva de bons tratos às famílias, evidenciou-se a partir

da análise dos dados, pouca ou nenhuma discussão das categorias profissionais com vistas a atender a este objetivo, resultando em uma atenção fragmentada. Esta percepção se contrapõe aos princípios de integralidade, que comporta, como dizem Andrade, Barreto e Fonseca (2005), uma abordagem do indivíduo e/ou da comunidade em uma visão totalizadora, requerendo preocupações com os aspectos sociais, culturais e econômicos da população adscrita.

Como pudemos perceber ao longo deste trabalho não se constitui em uma tarefa fácil para as ESF de Teresópolis pensar e viabilizar estratégias de promoção e prevenção para as situações de violência familiar. Entretanto, algumas falas reportam a tentativas das equipes no tocante ao enfrentamento deste desafio.

“Mas não é só a gente. Acho que tem que melhorar muita coisa nas escolas e o Município mesmo tem que investir mais...como tem para idoso tudo! Qualquer lugar que você vai tem caminhada, tem grupo disso, grupo daquilo. Tem que fazer esse tipo de coisa com adolescente também. [...] Secretaria de esporte, secretaria de...sei lá, turismo. Oficinas pra preparar, fazer cursos profissionalizantes pra eles. Pensar um pouquinho no futuro, né? Escola é super importante também. Escola é tudo, é ali que é o início, né? E a gente dessa maneira, fazendo esses grupos, podendo falar sobre essas partes também: drogas, tudo, sexo, sexualidade. Só deles falarem também já ajuda, né? Acho que é por aí” (M1)

Os grupos de educação em saúde, mencionados na fala da médica citada, exemplificam tentativas da equipe para o enfrentamento da violência atendendo a diretriz conceitual da promoção da saúde.

“Bom, eu gosto muito de fazer a parte de trabalho de educação em saúde. Eu acho que devia ser por aí...Eu quando vejo assim, como eu havia dito, violência por parte das crianças e dos adolescentes, eu procuro fazer algum tipo de trabalho de educação em saúde, com grupos pra poder captar e aí poder ouvir e poder chegar a saber o que tá acontecendo na casa de cada um e fazer um projeto pra eles. [...] Transformá-los para o bem, né? Tá faltando um pouco de esporte, não tem muito incentivo de coisas que eu acho que a pessoa tem que...tem que ter nessa idade. [...] É um trabalho mais de educação, mais de grupo de adolescente, oficina de adolescente pra ensinar a eles a fazer um trabalho musical, um trabalho de esporte, um trabalho artístico. Uma coisa pra tirar eles dessa ociosidade que leva a fazer essas coisas.” (M1)

São falas que revelaram um fazer individual ou em equipe que nos remete a refletir sobre as práticas de integralidade no cuidado ao usuário de saúde vítima de violência doméstica.

A integralidade, pensada além do plano do prescritivo [...], ao ser entendida como lugar privilegiado de encontro entre diferentes agentes produtores-vivos de saúde, nos leva a pensar para além das garantias constitucionais. Apontam para microgestões de saberes e fazeres [...] (LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2007, p. 45).

A “interação dialógica” ou palestra, mencionada por um enfermeiro de uma das equipes pode se caracterizar enquanto uma outra forma de enfrentamento das situações de violência doméstica por parte dos profissionais de saúde em parceria intersetorial de integrantes da VIJI e do CT .

“[...] a gente faz a nossa...chama-se... antigamente era palestra, né, agora é interação dialógica. Então, quando a gente faz a interação dialógica a gente fala que eles não podem maltratar os filhos, que tem que fazer isso, porque se não vamos lá pra fora, pro Juizado de Menor ou então pro...sempre esqueço o nome... [...] agora não vou lembrar. Porque...é um órgão, né, que cuida dessas coisas, né...das famílias. [...] É o Conselho tutelar vinha e também vinha alguém lá do Juizado ficar aqui com a gente. Entendeu? [...] Fazer a palestra, né, a interação dialógica e tal. [...] Quando nós temos órgãos que nos ajudam, a gente consegue. Agora, quando não tem... Na parte da violência, a gente tem o Juizado e o Conselho Tutelar, que ajudam.” (E2)

Este mesmo enfermeiro, no final da entrevista fala de uma reação particular sua. Chama a família e fala às claras que a violência não deve ser cometida. Segundo ele, faz isso por indignação diante dos casos que fica sabendo.

“Cada um tem uma reação. E todas as reações que tem, eu posso falar da minha. Que quando eu vejo uma coisa dessa absurda, sem brincadeira, eu perco a calma, eu fico nervoso, eu dou bronca. Ainda mais quando eu sei que foi aquela pessoa que fez, entendeu? Porque me acham aqui o paizão de todo mundo, sabe? Que eu sou o cara bom... eu dou bronca.[...]. Então eu chamo a pessoa e falo “olha, isso ta errado! Que que houve, que que foi, como é que foi, como é que não foi...” (E2)

A fala da médica reconhece a presença dos profissionais da Vara da Infância ou do

CT (na fala a médica se confunde na procedência da palestrante. Sabia que trabalhava com a Juíza, mas não necessariamente no FORUM, poderia ser também no CT) como aqueles que vinham fazer reuniões com a equipe para lhes auxiliar no entendimento e sobre como lidar com as situações de violência na comunidade. Segundo ela, esse apoio funcionava porque era uma pessoa acessível à equipe em momentos que lhes faltavam conhecimentos e habilidades.

“Tinha a (profissional que trabalhava na Vara da Infância, Juventude e Idoso), uma senhora que trabalhava com a (juíza), ela trabalhava com isso, ela vinha aqui, fazia reuniões freqüentes com a gente. A gente já chegou a ligar pra ela... [...] Ela vinha perguntava como estava. Se estava tendo? Ela vinha aqui, mas faz tempo que não vem. Nem sei se ela trabalha com isso ainda?” (M2)

A sobrecarga de trabalho para os profissionais de Saúde da Família foi colocada como um entrave para a realização de práticas de prevenção e promoção da saúde, diante da violência contra crianças e adolescentes. Os profissionais de nível superior acabam funcionando na lógica do modelo clássico de assistência atendendo à demanda espontânea. Um dos novos conceitos, inerentes a ESF se refere à organização da demanda. Isso não quer dizer que a demanda espontânea vá ser desprezada, porém, diante da perspectiva da promoção da saúde da clientela adscrita, as ações de saúde devem ser organizadas a partir de um diagnóstico de saúde, com vistas a superar os problemas prioritários de saúde-doença da população (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2005, p. 25).

“Eu me sinto assim meio ansiosa, não digo impotente não. Eu acho que a gente pode fazer muita coisa. Eu fico com pena de ter tanta coisa...perder tanto tempo com coisas que não deveriam tá aqui como, uma demanda espontânea excessiva [...]. Chega aqui com aquela queixa vaga e pega nosso tempo, pega nossa mente porque tem gente que cansa muito, né. E...eu não sei como, como consertar isso, entendeu? Quando a gente pensa em fazer alguma coisa, é isso aí que acontece. E é um tempo que a gente poderia tá trabalhando com outras coisas importantes, né? Então desanima um pouco, né? Quero trabalhar, eu sei que a gente pode fazer alguma coisa por quem precisa e não consegue por causa dos que não precisam tanto, mas querem a gente... querem nosso sangue! [...] muitas vezes não há o entendimento da comunidade a respeito do trabalho do programa de Saúde da Família. São dez anos mas...não entra, não entra na cabeça deles. É uma coisa tão esquisita...” (M1)

Além do excesso de trabalho diante da diversidade da demanda que as EqSF precisam

atender, a capacitação das equipes e uma maior divulgação de informação para as famílias foi citada em algumas entrevistas como algo que poderia auxiliar na conduta em relação a articulação de estratégias de prevenção e promoção à saúde das famílias adscritas à unidade de saúde.

“[...] deveria ter mais informação pras pessoas que sofrem a violência. Porque, vamos supor, será que o adolescente sabe que tem que notificar quando ele recebe uma violência? [...] Então, mas também aquela história “Poxa, como é que eu vou denunciar a minha mãe, né?, meu pai... acho que vai ser pior pra mim, tipo assim, ruim com eles, pior sem eles...” [...] Poderia ter mais orientação em relação a isso nas escolas, ter mais palestra sobre isso, profissionais mais capacitados. Isso deveria ter porque você trabalharia com a prevenção. São políticas de prevenção e promoção? Tem que ter.” (E1)

A necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para compreenderem o significado, as manifestações e as conseqüências dos maus-tratos para o crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes é apontada pelo Ministério da Saúde como um importante desafio para a consolidação do Sistema de Notificação brasileiro como estratégia de prevenção (MS b, 2002, p. 17).

“Esse papel que tem que preencher, né? Um documento assim. Aí pra gente ela comentou sobre esse que teria, mas que nunca apareceu, não sei se chegou a ter aqui. Só teve assim, uma reunião que foi comentado, né? [...] Não. Ela só passou pra gente que teria, mas depois não teve mais.” (ACS 5)

No caso desta pesquisa, não houve depoimentos indicando que as equipes de Saúde da Família tenham participado de alguma capacitação no que diz respeito a ampliação de seus conhecimentos e habilidades em relação à violência contra a criança e possíveis estratégias para sua prevenção e promoção no âmbito da ESF. Contudo, alguns depoimentos dos diferentes profissionais de saúde citaram uma reunião na Secretaria Municipal de Saúde a respeito da ficha de notificação e sua utilização na ESF. Alguns profissionais de duas categorias, ACS e auxiliares e técnicos de enfermagem, disseram desconhecer a existência da ficha de notificação. Os demais profissionais destas categorias disseram saber que existe porque ouviram falar, mas desconhecem que exista a ficha de notificação na unidade de Saúde da Família. Os profissionais de nível superior, médicos e enfermeiros, disseram conhecer a ficha de notificação e confirmaram sua existência para uso da ESF.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipótese inicial desta pesquisa foi a de que as Equipes de Saúde da Família do município de Teresópolis – RJ encontram dificuldades para identificar, acolher de forma integral e notificar os casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes. A partir da análise dos dados, foi possível revisitar esta formulação. Percebeu-se que na maioria das falas das diferentes categorias profissionais, não há muita dificuldade na detecção dos casos de violência doméstica contra a criança e o adolescente, bem como de outras modalidades de violência ocorridas na comunidade e no âmbito domiciliar. Os desafios concentram-se na atenção integral, interdisciplinar e intersetorial às famílias expostas às situações de violência, considerando não só a vítima, mas também o agressor.

A literatura vem apontando que desde a década de 70 a violência é responsável por altos índices de morbimortalidade e por mudanças nos perfis de adoecimento e morte da população brasileira. No entanto, é um tipo de agravo que vem sendo incorporado de forma relativamente recente no que tange ao seu reconhecimento e às perspectivas para seu enfrentamento e prevenção, por parte dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica. Tendo em vista esse quadro, a literatura ressalta a importância de que médicos, enfermeiros e os demais profissionais da saúde possam identificar, prevenir e acompanhar os casos de violência familiar em equipe interdisciplinar e observa a necessidade de ações de educação permanente para o enfrentamento desse grave problema de saúde pública.

Neste estudo, as equipes de Saúde da Família pesquisadas não relatam que tenham sido sensibilizadas ou participado de atividades de educação permanente a respeito da temática da violência contra a criança e o adolescente. No entanto, constatou-se que para acompanhar as famílias vitimizadas, necessita-se mais do que sensibilização sobre o tema ou aquisição de conhecimentos e habilidades a respeito. Através dos depoimentos dos profissionais das diferentes categorias, percebeu-se que há riscos concretos vivenciados por eles para que possam notificar e prestar assistência integral como preconizado nas diretrizes propostas pela ESF. Assim, importantes desafios apresentados neste cenário dizem respeito à como lidar com esses riscos e à necessidade de um diálogo franco dentro das equipes e destas com os gestores da saúde, a respeito dos sentimentos dos profissionais e de suas experiências em relação ao que é recomendado fazer e o que é possível em sua realidade de trabalho.

A atenção às vítimas e perpetradores de violência contra a criança e o adolescente es-

barra em condições inerentes a este tipo de serviço. Dizem respeito, ao medo das equipes enfrentarem os casos, principalmente devido à localização das unidades básicas de Saúde da Família em áreas com altos índices de pobreza e violência e ao vínculo permanente das equipes com a comunidade. Diante de fatores tão intrínsecos, podemos concluir que características que auxiliam no aumento do nível de resolubilidade da atenção primária diante dos problemas locais de saúde, no caso da violência, tornam-se um forte obstáculo.

Os resultados desta pesquisa também indicam que em meio a tantas estratégias e políticas da gestão pública para incluir a detecção e o enfrentamento dos acidentes e violências na agenda da saúde pública, a ESF, considerada a porta de entrada do SUS, responsável pela atenção primária no nível local e pelo fluxo de encaminhamento ao longo da rede de saúde, revela que a violência doméstica contra crianças e adolescentes, apesar de identificada pelos profissionais, ainda não é percebida enquanto um problema de saúde que também deva ser enfrentado na esfera da Saúde da Família. Diante disso, podemos pensar que as dificuldades para o desenvolvimento de uma rede social que atue frente aos casos de violência doméstica que atinge crianças e adolescentes, são ainda maiores.

Os desafios para a ampliação das condições das equipes para o enfrentamento da violência também dizem respeito à aquisição de habilidades e conhecimentos específicos da área da saúde e outros que extrapolam esse setor e exigem articulação com outros saberes de outras áreas, como os da área jurídica. Esta questão introduz a necessidade de mudanças na percepção dos profissionais de saúde a respeito da violência enquanto um problema social complexo, que também é inerente ao âmbito da atenção primária e que para seu enfrentamento e prevenção exige práticas interdisciplinares e intersetoriais.

A ficha de notificação compulsória foi identificada como um instrumento ineficaz para mensurar os casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Teresópolis. Grande parte dos profissionais não tem conhecimento de sua existência na unidade de saúde para uso da equipe ou, quando tem, não a utilizam sempre que estão diante de casos suspeitos ou confirmados. Desse modo, o instrumento não é utilizado no universo pesquisado como determinam as políticas públicas para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, principalmente diante da suspeição, visto que há grande desconhecimento de que deva ser utilizada para casos suspeitos.

O medo de sofrer violência aparece nos depoimentos das EqSF como o principal e mais freqüente desafio com relação à notificação. Este é um dado que não pode ser desprezado.

Porém, o setor da saúde também não pode prescindir da notificação dos casos. Diante disso se impõe a necessidade de equacionar o medo dos profissionais e a necessidade da notificação, já que o não uso ou o mal uso desse instrumento traz sérias conseqüências, sendo a principal delas o subdimensionamento dos casos no município e sua não utilização enquanto forma de proteção e prevenção dos maus-tratos domésticos perpetrados à crianças e adolescentes.

Ainda sobre este tema, percebeu-se que há uma tendência a atribuir a responsabilidade pelo preenchimento da ficha de notificação aos profissionais de nível superior. Os auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS, em sua grande maioria, afirmaram que se houvesse necessidade de realizar o preenchimento da notificação esta seria atribuição dos médicos e enfermeiros da equipe.

Quanto às práticas intersetoriais, quando as EqSF detectam um caso de uma família onde esteja ocorrendo violência contra criança e o adolescente, os profissionais geralmente acenam para o encaminhamento. Os encaminhamentos mais citados nas entrevistas foram para o “Juizado de Menores” (sic) e à assistente social do município. Nas falas dos entrevistados, o Conselho Tutelar aparece como um órgão pouco reconhecido, embora apareça em algumas falas, enquanto parceiro da ESF no enfrentamento e acompanhamento das famílias em situação de violência.

Nas entrevistas não aparece de forma clara que as equipes entendem as atribuições do Conselho Tutelar e como podem atuar de forma conjunta. Chama atenção o grande número de vezes em que os conselheiros são confundidos com funcionários da Vara da Infância, Juventude e Idoso.

Tendo em vista os poucos conhecimentos e habilidades para que os profissionais de saúde abordem o conjunto familiar, vítima de violência e seus interrelacionamentos como objeto de acolhimento e intervenção, o acompanhamento que as equipes dizem ser possível realizar refere-se à intensificação das visitas domiciliares, principalmente pelos ACS. Muitos entrevistados apontaram a necessidade de haver profissionais especialistas, um “setor” ou “serviço” para quem pudessem referenciar os casos de violência. Os especialistas citados foram assistente social e psicólogo, reconhecidos como aqueles que poderiam auxiliar às equipes a lidar e acompanhar os casos de violência intrafamiliar. Esse dado aponta para uma necessidade de trabalho interdisciplinar e em rede intersetorial diante da violência, também citada pelos profissionais da ESF.

Diante da complexidade exigida para abordar e acompanhar famílias e mais especificamente, famílias em situação de violência, conclui-se que há necessidade de espaços de educação permanente para que se trabalhem os conhecimentos e práticas sobre os diferentes tipos de família existentes na contemporaneidade, técnicas de acolhimento e abordagem às famílias em situação de violência. Além disso, os espaços de educação permanente, que

poderiam estar presentes no território serviriam como apoio para facilitação dos processos de trabalho das equipes multiprofissionais diante dos impasses cotidianos do processo de trabalho. Dentre eles, o funcionamento interdisciplinar da equipe a fim de integrar os saberes nas práticas cotidianas de trabalho, o enfrentamento da multiplicidade de temas e especificidades que os profissionais de Saúde da Família precisam conhecer e aplicar nas práticas de saúde.

Os resultados e discussões do estudo devem ser vistos à luz de suas limitações. Uma delas foi a não realização do grupo focal para trabalhar temas polêmicos que apareceram na análise dos dados como o medo de notificar os casos de violência, a consequente subutilização da ficha de notificação compulsória e a dificuldade de construir ações de atenção à saúde, calcadas em articulações interdisciplinares e intersetoriais. A continuação da pesquisa nestas unidades poderia lançar mão desta estratégia para aprofundar as discussões dos problemas identificados pelas equipes e suas possíveis soluções. Outra limitação seria a insuficiência das informações colhidas sobre a realidade municipal, especialmente as relativas à morbimortalidade por violências e aquelas que pudessem contextualizar a violência em seus aspectos sócio-culturais e econômicos.

Em termos de possíveis desdobramentos acadêmicos deste estudo, propõe-se uma análise comparativa entre os resultados deste estudo e os conhecimentos e práticas das equipes de Saúde da Família da zona rural de Teresópolis diante da violência contra a criança e o adolescente. Certamente, esta apreciação forneceria dados mais abrangentes a respeito da detecção e das práticas de enfrentamento da violência por parte da atenção básica no município.

No que se refere à rede de saúde, os resultados deste estudo poderão contribuir para a ampliação do conhecimento da gestão pública da saúde a respeito do que os profissionais de Saúde da Família conhecem e fazem em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes na atenção básica, enfatizando suas facilidades e desafios no tocante a construção de práticas de acolhimento interdisciplinares e intersetoriais.

Uma das contribuições neste aspecto seria a incorporação de discussões dos motivos pelos quais a ficha de notificação compulsória vem sendo subutilizada pelas EqSF, vislumbrando o desenvolvimento de estratégias no nível local da gestão pública da saúde, com vistas a aumentar o número de notificações. A identificação de que há ainda um grande desconhecimento do fluxo de encaminhamento desse instrumento e sobre o que ocorre a partir de seu preenchimento e entrega, tanto para o profissional que realizou a notificação, quanto para a família/responsável notificado, também é profícua, devendo subsidiar a reorganização da educação permanente das equipes.

Um esforço na sensibilização e criação de estratégias seguras e efetivas de notificação e ações interdisciplinares devem ser prioridades, na medida em que a subnotificação dos casos de violência encobre a real dimensão deste grave problema em Teresópolis e inibe potenciais estratégias governamentais e não governamentais para seu enfrentamento e prevenção.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, LOM; BARRETO, ICHC; BEZERRA, RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Tratado de Saúde Coletiva, São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V.A. Crianças Vitimizadas: a Síndrome do Pequeno Poder. São Paulo: Iglu, 2000.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2007.

BECKER, H.S. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Hucitec, 1993.

BRASIELLAS, M L.M. Metodologia da Pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. Editoria Central da Universidade Gama Filho, 1996.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de dezembro de 1988. Capítulo VII – Da família, da criança, do adolescente e do idoso. Título VIII. Art. 227.

BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, julho, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/2001 Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. GM. Portaria nº 1.968. Gabinete do Ministro. Brasília, Diário Oficial da União. 226: 21, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Cadernos de atenção básica nº 8. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília, 2002. (a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos; nº 167 Brasília, 2002. (b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 936 de 18/05/04 Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de situações de saúde. Impacto da Violência na saúde dos brasileiros. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004 / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde (série C. Projetos, Programas e Relatórios), 2006.

BRASIL, MS. Portaria nº 687. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Brasília, Secretaria Especial de Política para as Mulheres, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde – Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) Set/2007. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>>. Acesso em 20/11/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Acesso em 10/04/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Abril/2009. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#acs>). Acesso em 16/03/2009.

BRITO, A .M.; ZANETTA, D.M.T., et al. Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciência e Saúde Coletiva* 10 (1): 143 - 149, 2005.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, I. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e nº 8.142/90). São Paulo: Campinas – UNICAMP, 2006.

CAVANAUGHT, M.M.; GELLES, R.J. The Utility of Male Domestic Violence Offender Typologies: new directions for research, policy and practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 20: 155-166, 2005.

CECÍLIO, L.C.O . As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (org). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO, 180 p., 2001.

COHN, A. O SUS o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Lima, N.T. (org). Rio de Janeiro: FIOCRUZ 504 p., 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Coleção Progestores. Brasília: Terra Brasilis, 2007.

DAY, V.P. ET ALII Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria*. RS, 25 (suplemento): 9-21, abril, 2003

DESLANDES, S.F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad. Saúde Pública*, V. 10 (supl 1), p. 177-187, 1994.

_____. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (1): 81-94, 1999.

ECO, U. Como se faz uma tese. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2006.

FONTANELLA, BJB; RICAS, J.; TURATO ER. Amostragem por Saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cadernos de Saúde Pública, V. 24 (1), p. 1727, 2008.

FRANCO, S. La Violência Homicida y su Impacto sobre la salud en América. In: Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Minayo, M.C.S. (org). Rio de Janeiro: FIOCRUZ: 708, 2005.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, MH. M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, set/dez., V.27, n.65, p.278-289, 2003.

GOMES, R.; DESLANDES S. F. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. Rev. Latino-am. enfermagem V.2, nº 2, p. 103-114, julho, 1994

_____; DESLANDES S. F.; VEIGA, M. M.; BERING, C.; SANTOS, J. F. C. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. Cadernos de Saúde Pública V. 18, p. 707-714, 2002.

_____; SILVA; PINHEIRO E BARROS Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: Trabalho em Equipe sob o eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; BARROS, ME B. (orgs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC: ABRASCO, 208 p., 2007.

GAWRYSZEWSKI V.P. ET AL. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia de vigilância de violências e acidentes. Ciência e Saúde Coletiva 11 (sup): 1269 – 1278, 2007.

GONÇALVES HS; FERREIRA AL. A Notificação a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública, 18(1), p. 315 – 319, 2002.

HONORATO CE. M.; PINHEIRO, R. Trabalho político: construindo uma categoria analítica para análise da integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde. In: Trabalho em Equipe sob o eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; BARROS, ME B. (orgs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC: ABRASCO, 208 p., 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE): Contagem da população 2007 e estimativas da população 2007. Publicado no diário Oficial da União de 14/11/2007. Disponível em <www.ibge.gov.br/home/estatística>. Acesso em 18/11/2007.

KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J. A .; ZWI, A . B. & LOZANO, R. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization: 1: 376, 2002.

LACERDA, J.T.; TRAEBERT, J.L A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família. Tubarão: Ed. Unisul, 2006.

LOUZADA, AP. F.; BONALDI, C.; BARROS, ME, B. Integralidade e Trabalho em equipe no campo da Saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: Trabalho em Equipe sob o eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; BARROS, ME B. (orgs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC: ABRASCO, 208 p., 2007.

MALTA, D.C. et all. Avigilância e a prevenção das violências e acidentes no Sistema único de Saúde: uma política em construção. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 39, p. 82–92, 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser desafiados. In: Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (org). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 180 p., 2001.

PIRES, A.P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. Fundamentos de Metodologia Científica. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MINAYO, M.C.S. ; SOUZA E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.4, nº 1, p.7- 23, 1999.

MINAYO, M.C.S. O Significado social para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, M. F. Violência e criança. São Paulo: EDUSP, p.95-114, 2002.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

_____. Violência, um problema social que afeta a saúde pública. In: Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.35, p. 23-35, Maio, 2006.

_____. Violência e Saúde. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2006.

_____. A Inclusão da Violência na agenda da saúde: trajetória histórica. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11 (sup), p.1.259 – 1267, 2007.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MOURA, A.T. M. S. Suspeição, Detecção e Notificação de Casos de Violência contra a Criança em Serviços de Saúde. 2006. 189. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva pelo programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração em Epidemiologia do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

MOURA, A.T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos Realmente Detectando Violência Familiar contra a Criança em Serviços de Saúde? A Experiência de um Serviço Público no Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Jul/Ago., vol.21, nº 4, p.1.124 – 1.133. ISSN0102-311X, 2005.

NASCIMENTO, E.P.L. ; CORREA, C R. S. O agente comunitário de saúde : formação, inserção e práticas. Cadernos de Saúde Pública, Jun., V. 24 (6), p.1304-1313, 2008

NOGUSHI, M. S.; ASSIS, S.G. et al. Ocorrência de Maus-Tratos em Crianças: formação e possibilidades de ação dos fonoaudiólogos. Pró-Fono Revista de atualização científica. V. 18(1)41-48, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Repercussão da Violência na Saúde das Populações Americanas. OMS/OPAS, 2003.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública. V. 35 (1): 103 – 109, 2001.

PINHEIRO, R. As Práticas no Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (org). Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 180 p., 2001.

PIRES, A. L. D; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais de saúde. Arq. Ciência e Saúde, Jan-mar; 12 (1): 42-49, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESÓPOLIS (PMT)/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DE TERESÓPOLIS/ UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE UNIFESO – Conhecendo o PSF (2008).

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESÓPOLIS (PMT) – Plano de Metas e Indicadores de 2009.

Secretaria de Planejamento e Projetos Especiais da Prefeitura Municipal de Teresópolis (2009).

REICHENHEIM, M.E.; HASSELMAN, M.H. & MORAES, C.L. Conseqüências da Violência Familiar na Saúde da Criança e do Adolescente: Contribuições para a Elaboração de Propostas de Ação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4: 109-121, 1999.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do Programa /Estratégia de Saúde da Família (PSF). *Rev Latino-am Enfermagem*; 12 (4): 658-64; julho-agosto, 2004.

RIBEIRO, M. A; FERRIANI M. G. C.; REIS, J. N. Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. 456-464, 2004.

SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Caderno de Violência Doméstica e Sexual contra crianças e adolescentes. Coordenação de Desenvolvimento de programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência (APAV) – SES. Rio de Janeiro, 2006.

SEVERINO, A J Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Cortez, 2007

SILVA, M.M. A.; e col. Agenda de prioridades da Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não transmissíveis e Promoção da Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 16(1): 57-64; 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Guia de Atuação Frente a MausTratos na Infância e na Adolescência: orientações para pediatras e profissionais que trabalham com crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: SBP / CLAVES, SEDH – Mj, 2ª ed, 2001, p 11.

SOARES, B.M. Mulheres Invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOUZA, E.R. Impacto da Violência no Brasil e em Alguns Países da América. In: MINAYO, M.C.S. (org). Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: 708, 2005.

SPINK, M.J. (org.) Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. Modelo de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N.T. (org). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 504 p., 2005.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R., et al. Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE I

1. ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MÉDICOS, ENFERMEIROS, AUXILIARES/TÉCNICOS DE ENFERMAGEM E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS)

FOCO: PERCEPÇÃO DO FENÔMENO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, DETECÇÃO PRECOCE, PRÁTICAS NA EQUIPE, PRÁTICAS INTERSETORIAIS, FACILIDADES E DESAFIOS NA NOTIFICAÇÃO DOS CASOS.

PERFIL DO PROFISSIONAL

Profissão/especialidade: _____

Idade: _____ Sexo: () M () F

Escolaridade: _____

Tempo de trabalho em Unidade Básica de Saúde (UBS): _____

Tempo de trabalho junto ao Programa Saúde da Família (PSF): _____

Tempo de trabalho nesta equipe do PSF: _____

1 - Em sua opinião existe violência na sua área de abrangência?

Em caso positivo: Como está o nível de violência em sua área de abrangência?

Observar se a família é citada e de que maneira, com que ênfase. Em caso positivo, pedir para explicar melhor, falar mais a respeito. Em caso negativo, perguntar se há casos de violência dentro da família e como?

Se não falar sobre violência urbana, perguntar.

2 – Você acha que as crianças e adolescentes são afetados por isto?

Em caso positivo, como?

3 - Você pode mencionar exemplos de casos de violência contra criança e o adolescente em sua área de abrangência e dentro das famílias?

Quais são os mais comuns/freqüentes, outros exemplos, buscar mapear os casos locais.

Se mencionar exemplos nas perguntas anteriores, perguntar se tem outros exemplos ou falar mais com mais detalhes sobre o exemplo dado anteriormente.

4 – Quais são as pistas que fazem você suspeitar que esteja acontecendo algum caso de violência em sua área de abrangência?

O responsável fala? Se sim. Quais? As visitas domiciliares te ajudam a perceber os casos? Se sim, especificar.

Morar na comunidade ajuda a identificar os casos?

5 - E a equipe, como reage diante destes casos?

Ver o que é mencionado espontaneamente e solicitar detalhes sobre o que costuma fazer quando recebe uma denúncia do problema. O que sua equipe fez diante do último caso de violência contra a criança e o adolescente? Se são feitos encaminhamentos a outras instituições: CT, SMS, VIJL.

(INTERSETORIALIDADE) (INTEGRALIDADE) (TRABALHO EM EQUIPE)

Que atitudes têm? A violência doméstica contra a criança e o adolescente é percebida como um problema de saúde na população adscrita que mereça ser enfrentado pela equipe? É uma questão a ser detectada pela equipe do PSF e como?

Qual o seu papel? O que costuma fazer?

6 - Como você, enquanto profissional de saúde, se sente diante destes casos?

7 - Esta equipe acompanha as famílias em situação de violência contra a criança e o adolescente?

Como? A equipe interage com o Conselho Tutelar? Em caso positivo, como? Em caso negativo, por que? Como acha que os Conselhos Tutelares atuam em situações deste tipo? Caso o respondente não mencione, perguntar se a equipe notifica os casos suspeitos de maus-tratos contra crianças e adolescentes? Com que frequência? No caso de resposta afirmativa, perguntar se após a notificação, fez contato com a família ou realizou algum tipo de acompanhamento com a mesma? Geralmente quem se responsabiliza pelas notificações na sua equipe? Você já fez alguma notificação? Em caso negativo ou de baixa frequência, perguntar por que?

APÊNDICE II

Você está sendo convidado a participar de uma entrevista para a pesquisa: “Conhecimentos e Práticas dos Profissionais de Saúde da Família diante da Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes no Município de Teresópolis - RJ”. Sua participação não é obrigatória e não trará nenhum prejuízo, caso se recuse a participar. A qualquer momento você pode retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo. O objetivo deste estudo é identificar e analisar o que os profissionais das equipes do Programa Saúde da Família do município reconhecem como violência doméstica contra a criança e o adolescente na realidade em que atuam. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Os dados não serão expressos de forma a possibilitar sua identificação. Serão gravados, transcritos e posteriormente divulgados através de estudos científicos. Você irá receber uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, Geórgia Rosa Lobato, que estará disposta a maiores esclarecimentos podendo tirar suas dúvidas sobre este projeto e sua participação a qualquer momento.

Eu, _____, portador do Registro Geral nº _____, declaro que fui informado sobre os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, as explicações pertinentes ao projeto de pesquisa intitulado “Conhecimentos e Práticas dos Profissionais de Saúde da Família diante da Violência Domiciliar contra Crianças e Adolescentes no Município de Teresópolis – RJ”, sob a responsabilidade da pesquisadora Geórgia Rosa Lobato, entendendo que meu diálogo poderá ser transcrito. Entretanto, estou ciente que não serei identificado ao longo do texto e não serão feitas referências a minha pessoa. Fui informado(a) que os resultados serão divulgados através de estudos científicos. Além disso, que poderei interromper a qualquer momento a entrevista podendo retirar o meu consentimento, antes ou durante a mesma, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Teresópolis, ____ de _____ de 2008.

AV. Alberto Torres, 111, Alto – Teresópolis – RJ - CEP: 25964-004

TEL: 2641-7036

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador