

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL DE NITERÓI  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL  
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

**FERNANDA DE OLIVEIRA MONTEIRO**

**IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES: REFLEXÕES SOBRE OS SERVIÇOS DE  
SAÚDE DE URGÊNCIA DE CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ**

Niterói/RJ  
Abril/2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL DE NITERÓI  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL  
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

**IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES: REFLEXÕES SOBRE OS SERVIÇOS DE  
SAÚDE DE URGÊNCIA DE CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ**

**Dissertação apresentada ao Programa de  
Estudos Pós-Graduados em Política  
Social da Universidade Federal  
Fluminense, como requisito para  
obtenção do Grau de Mestre em Política  
Social.**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> NÍVIA VALENÇA BARROS**

**Niterói  
Abril/2011**

**FERNANDA DE OLIVEIRA MONTEIRO**

**IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES: REFLEXÕES SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE  
DE URGÊNCIA DE CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ**

**Dissertação apresentada ao Programa de  
Estudos Pós-Graduados em Política Social  
da Universidade Federal Fluminense, como  
requisito para obtenção do Grau de Mestre  
em Política Social.**

Aprovada em \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nívia Valença Barros**  
**Universidade Federal Fluminense – UFF- Orientadora.**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti**  
**Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carla Cristina Lima de Almeida**  
**Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ**

**Niterói/RJ**  
**Abril/2011**

**Dedico esta dissertação à Deus, à minha  
família e meus amigos**

## AGRADECIMENTOS

Ressalto que este trabalho contou com a participação de muitas pessoas direta e indiretamente para torná-lo possível.

Primeiramente agradeço a Deus pelo seu infinito amor e bondade.

Agradeço à minha família, principalmente minha mãe, pelo incentivo e por suportar a minha frequente ausência.

Aos amigos da turma do mestrado pelas trocas, discussões e diálogos durante o curso que permitiram o meu crescimento intelectual, especialmente Fátima, Suzana, Paula Latgé, Liliane Almeida, Verônica Azeredo, Darana e Edilene.

À Fátima, Nadja e Kamila, companheiras de apartamento por suportarem meu silêncio e estresse na fase de escrita desta dissertação e por estarem sempre disponíveis para me auxiliar.

Aos meus amigos do CAPS de São João da Barra, Wanessa Gonzaga, Luciana Ribeiro, Helloysa Medeiros e Vitor Almada pela compreensão e conforto nas horas de desespero. E também, a minha querida amiga e chefe Jô Brust e a Maria Fernanda do CAPS Rio Bonito pelo incentivo ininterrupto e compreensão.

Às minhas amigas assistentes sociais e psicólogas do Hospital Estadual Alberto Torres, Fernanda Berriel, Amanda Araújo, Luciana Gonçalves, Andrea Faria, Dolores Fonseca, Cristina Torres, Marcia Araújo, Denise Monnerat, Vanessa Tokunaga, Mariana Dantas, Fernanda Câmara, Ana Carolina Berenger, Júlia Helena e Elvira Moraes pelo compartilhamento de saberes e experiências.

De forma especial, às amigas Tathiana Costa e Evelyn Barroso que me ensinaram que apesar das diferenças podemos seguir o mesmo projeto, o de uma sociedade mais justa e igualitária. E também pela amizade incondicional, pela parceria, cumplicidade e incentivo sem fim.

Às amigas Ana Beatriz Castro e Marcia Mascarenhas por mostrarem que podemos assegurar direitos sem tornar as pessoas mais vulneráveis e reconhecer que existem nas

entrelinhas do real, diversas possibilidades, também no que se refere à questão da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Grande parte do que este trabalho pretende discutir conta com a participação de vocês seja através de discussões de casos, trabalho em equipe ou apenas o silêncio.

Aos meus grandes amigos, irmãos de coração, Marley Stevanim, Janaína Nascimento, Luciano Coutinho, Carline Nunes e Elaine Morena pelo incentivo e pela compreensão com a minha ausência constante.

Aos professores que contribuíram com seu conhecimento e debates ao longo do curso. De modo especial, a Rita Freitas, Luciene Burlandy, João Bosco Hora Góis, Lenaura Lobato e André Brandão que contribuíram para a minha formação.

À todos os profissionais de saúde que aceitaram fazer parte da pesquisa realizada para elaboração da presente dissertação, assim como, às administradoras do Posto de Urgência de Guarus e do Hospital de Urgência de Travessão, a Diretora Administrativa da Fundação João Barcelos Martins, Edna Vargas e a assistente administrativa Gilcimara.

À amiga Carolina Abreu pelo incessante apoio em minha trajetória acadêmica e de forma especial, para realização dessa dissertação.

À amiga Márcia Mascarenhas pelas incansáveis leituras e proficuas contribuições nesse trabalho.

À Fernanda Câmara por tão pacientemente realizar a correção ortográfica.

Às professoras Carla Almeida e Maria de Lourdes que aceitaram o convite para participar da banca. Desde já sou grata, pelas suas avaliações, contribuições e opiniões.

À professora Nívia Valença por ter aceitado me orientar nesse trabalho, pela sua atenção em relação ao meu trabalho, apontando avanços, limitações, mostrando o quanto foi enriquecedora e importante a sua orientação.

*“ Se não houver frutos,  
valeu a beleza das flores,  
se não houver flores,  
valeu a sombra das folhas,  
se não houver folhas,  
valeu a intenção da semente...*

*Antes de tudo, três coisas:*

*A certeza de que estamos sempre começando,  
a certeza de que é preciso continuar,  
a certeza de que podemos ser interrompidos  
antes de terminarmos.*

*Fazer da interrupção, um novo caminho;  
da queda, um passo de dança;  
do medo, uma escada;  
do sonho, uma ponte;  
da busca, um encontro.”*

Fernando Sabino

## RESUMO

A violência contra crianças e adolescentes é um tema de proeminente discussão no Brasil na atualidade, e que vem sendo enfrentado, sobretudo, pela área da saúde. Estudar tal problemática é de extrema relevância para identificar seus impasses e direcionamentos atuais para poder estabelecer apontamentos para seu melhor enfrentamento. Desta forma, nesta dissertação, se objetiva discutir a violência doméstica contra crianças e adolescentes e os seus entrelaçamentos com o setor saúde. Para tanto, realizamos inicialmente uma discussão sobre a violência, sobretudo, no que se refere ao âmbito doméstico, apontando o legado normativo referente à infância e adolescência no Brasil, destacando-se o Estatuto da Criança e do Adolescente. Discutimos sobre a questão da notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes ocorrida em nível nacional, assim como, investigamos como tem se engendrado tal processo a partir da pesquisa de campo junto aos profissionais dos serviços de saúde de urgência, tendo como delimitação contextual dessa pesquisa dois serviços de tal natureza localizados no Município de Campos dos Goytacazes.

**Palavras-Chave: Violência contra crianças e adolescentes, saúde, notificação, profissionais de saúde.**

## ABSTRACT

Violence against children and adolescents is a prominent topic of discussion in Brazil today, and that is being faced, especially by health area. Studying this issue is extremely important to identify the gridlock and the current guidelines in order to set appointments for their best confrontation. Thus, this dissertation is aimed to discuss domestic violence against children and adolescents and their entanglements with the health sector. We made an initial discussion about violence, especially with regard to the domestic realm, pointing to the legacy normative framework related to childhood and adolescence in Brazil, highlighting the Children and Adolescents Statute. We discussed the issue of reporting domestic violence against children and adolescents occurred in Brazil, as well as investigate how this process has been happened with the health professionals of emergency services. We have as research context two emergency services located in Campos dos Goytacazes city.

**Key Words: Violence against children and adolescents, health, reporting, health professionals**

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Registros de violência conforme dados do Disque Denúncia nos anos 2007, 2008 e 2009.	27
Gráfico 2 – Famílias com crianças de 0 a 14 anos de idade, por grupos de idade e classes de rendimento anos 1992, 1999, 2001 a 2008	40
Gráfico 3 – Estatística de violências notificadas 2007-2010 no Hospital de Travessão	71
Gráfico 4 – Número de notificações por ano no Hospital de Urgência de Travessão	72
Gráfico 5 – Estatística dos casos notificados por idade no Hospital de Travessão	73
Gráfico 6 – Estatística dos perpetradores de VDCA no Hospital de Travessão	73
Gráfico 7 – Estatística dos casos notificados por cor no Hospital de Travessão	74
Gráfico 8 – Estatística de violências notificadas 2007-2010 no Posto de Urgência de Guarus	76
Gráfico 9 – Número de notificações por ano no Posto de Urgência de Guarus	77
Gráfico 10 – Estatística de notificações por sexo no Posto de Urgência de Guarus	77
Gráfico 11 – Estatística dos casos notificados por idade no Posto de Urgência de Guarus	78
Gráfico 12 – Estatística de VDCA notificadas por cor no Posto de Urgência de Guarus	79
Gráfico 13 – Estatística de perpetradores de VDCA no Posto de Urgência de Guarus	79
Gráfico 14 – Estatística de VDCA notificadas em 2007 - Posto de Urgência de Guarus	81
Gráfico 15 – Estatística de VDCA notificadas em 2008 - Posto de Urgência de Guarus	81
Gráfico 16 – Estatística de VDCA notificadas em 2009 - Posto de Urgência de Guarus	82
Gráfico 17 – Estatística de VDCA notificadas em 2010 - Posto de Urgência de Guarus	82
Gráfico 18 – Estatística de casos notificados de negligência por motivo	83
Gráfico 19 – Estatística do município de origem dos profissionais entrevistados	87
Gráfico 20 – Estatística da faixa etária dos profissionais entrevistados	88

Gráfico 21 – Estatística do período de conclusão da graduação dos profissionais entrevistados	88
Gráfico 22 – Estatística da formação dos profissionais entrevistados	89

### **LISTA DE MAPAS**

Mapa 1 – Mapa dos municípios da Região Norte Fluminense - Estado do Rio de Janeiro	63
Mapa 2 – Mapa do município de Campos dos Goytacazes (anexo I)	125
Mapa 3 – Localização do Posto de Urgência de Guarus	67
Mapa 4 – Localização do Hospital de Urgência de Travessão	69

### **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Serviços que aderiram ao VIVA em 2006, conforme tipos de serviços por municípios e Estados	58
Quadro 2 – Perfil dos profissionais de saúde entrevistados	87

### **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Componentes do VIVA	57
--------------------------------	----

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRAPIA	Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CF	Constituição Federal
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HUT	Hospital de Urgência de Travessão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG'S	Organizações não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PUG	Posto de Urgência de Guarus
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
VDCA	Violência doméstica contra crianças e adolescentes
VIVA	Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violência e Acidentes
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>Resumo</b>	<b>viii</b>
<b>Abstract</b>	<b>ix</b>
<b>Lista de Gráficos</b>	<b>x</b>
<b>Lista de Mapas</b>	<b>xi</b>
<b>Lista de Quadros</b>	<b>xi</b>
<b>Lista de Figuras</b>	<b>xi</b>
<b>Lista de Abreviaturas e Siglas</b>	<b>xii</b>
<b>Introdução</b>	<b>15</b>
<b>Capítulo I - Violência doméstica contra crianças e adolescentes: reflexões sobre a temática</b>	<b>19</b>
1.1 - Violência contra crianças e adolescentes e suas interrelações com a área da saúde	19
1.2 - De que formas de violência estamos falando?	26
1.3 - Arranjos familiares – um olhar sobre a temática família	29
1.3.1 - Breve reflexão sobre o percurso das famílias no Brasil do século XX	30
1.4 - Negligência, famílias e pobreza	33
<b>Capítulo II - A notificação da violência contra crianças e adolescentes – uma temática em questão</b>	<b>42</b>
2.1 - Notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes	42
2.2 - Notificação – Reflexões sobre a temática	46
2.2.1 - A notificação e os profissionais da saúde	49
2.2.2 - VDCA, intersetorialidade e integralidade	50
2.2.3 – Notificação, VDCA e saúde mental das crianças e adolescentes	53
2.3 - Retratando alguns dos programas e ações de enfrentamento da violência no Brasil	55

<b>Capítulo III - Serviços de Saúde de Urgência e a notificação da VDCA</b>	<b>60</b>
3.1- A trajetória desenvolvida: apresentando a metodologia	60
3.1.1- Conhecendo o campo da pesquisa	62
3.2 - Serviços de Urgência – Um debate	65
3.2.1- Posto de Urgência de Guarus e Hospital de Urgência de Travessão - características	66
3.3 - As Notificações nos serviços de urgência	70
3.3.1 - Hospital de Urgência de Travessão	70
3.3.1.1 Perfil das crianças e adolescentes (HUT)	72
3.3.2 - Posto de Urgência de Guarus	75
3.3.2.1 Perfil das crianças e adolescentes (PUG)	77
3.4 - Notificação de VDCA pelo profissional de saúde – desconhecimento, comprometimento ou descaso?	86
3.4.1 - Perfil dos profissionais	87
3.4.2 - Falando sobre um assunto problemático	90
3.4.3 – VDCA, Estatuto da Criança e do Adolescente e notificação	92
3.4.4 - Visão dos profissionais em relação aos familiares perpetradores violência	98
3.4.5 Notificação, encaminhamentos e órgãos de defesa dos direitos das crianças e adolescentes	100
3.4.6 - Notificação de VDCA nos serviços de urgência: entraves e potencialidades	102
<b>Considerações Finais</b>	<b>112</b>
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>117</b>
<b>Anexos</b>	<b>125</b>

## INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra crianças e adolescentes é uma temática complexa, que envolve muitos determinantes e é considerada uma questão de saúde pública<sup>1</sup>. O processo de estudo de tal temática é proeminente, sobretudo, quando busca-se refletir sobre o contexto de identificação e notificação, que expressa um importante fator que permite dar visibilidade a problemática. Na atualidade, o setor saúde, é considerado um espaço privilegiado para identificação da violência, pois, os serviços de urgência ou emergência, em muitos casos, são locais prioritários para os primeiros atendimentos às crianças e adolescentes vitimizados. Neste sentido, fica notória a importância da atuação dos profissionais envolvidos nesse atendimento não só para o possível tratamento, como também, para a publicização da violência.

Assim, considerando a abrangência dessa temática, é de extrema relevância estudarmos a violência doméstica contra crianças e adolescentes identificando seus aspectos culturais, sociais, econômicos, políticos e suas interrelações com o setor saúde. Em consonância com isso é necessário entender o que chamamos de famílias, assim como, as mudanças que estas sofrem na atualidade, já que é neste espaço doméstico, familiar, que ocorre o tipo de violência que nos propomos a estudar. E ainda, como o campo de estudo são os serviços de saúde de urgência, torna-se importante estudar como tem sido a atuação dos profissionais inseridos em tais serviços no que concerne à identificação e a notificação da VDCA.

O interesse pelo tema inicia-se da experiência de estágio na graduação Serviço Social em uma unidade de saúde de urgência do município de Campos dos Goytacazes – RJ, na qual vivenciávamos no cotidiano do trabalho a demanda para atendimento de diversos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, que em parte foi problematizada no

---

<sup>1</sup> OMS, 2002.

trabalho de conclusão de curso em que discutimos o plantão social como espaço privilegiado para identificação/notificação de violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Porém, estudando sobre o tema e trabalhando diretamente no atendimento a essa problemática, já como assistente social em um hospital de emergência do estado do Rio de Janeiro situado na região Metropolitana, novas questões e inquietações foram surgindo. Assim, a partir da vivência no atendimento a tais fenômenos, muitas inquietudes me impulsionaram a ter um olhar mais atento sobre a violência, sua identificação e notificação.

O que mais incitou tal estudo é tentar entender a atuação dos profissionais de saúde em seu enfrentamento. O que é uma questão primordial, pois a partir de tal atuação que se poderá ter ou não uma continuidade no processo de atendimento às vítimas a partir da identificação e notificação. Buscar tal entendimento é bastante complexo porque envolve esclarecer as concepções de mundo destes profissionais, o fator cultural que influencia em sua prática, os preconceitos e pré-noções que estes carregam, o processo de formação que são dos mais diferenciados, as naturezas discrepantes das profissões (Serviço Social, Psicologia, Medicina e Enfermagem), entre outras.

Desta forma, dividimos tal trabalho em três capítulos. No primeiro capítulo discutiremos sobre a violência doméstica contra crianças e adolescentes elucidando seus aportes históricos e problematizando sua relação com o setor saúde, que é algo intrínseco já que foi este setor que inaugurou a discussão do tema. Abordaremos as suas caracterizações (tipos de violência), mostrando alguns dados sobre a incidência. Além disso, analisaremos a instituição família, ou como preferimos referir, famílias, de forma a entender mais amplamente tal fenômeno. Por fim, nos aprofundaremos mais especificamente a um dos tipos de violência, a negligência, estabelecendo a relação desta com a pobreza.

Já no segundo capítulo abordaremos a temática da notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes no país, mostrando a surgimento de sua obrigatoriedade, a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente, e do processo relativamente longo e em andamento de efetivação como responsabilidade legal dos profissionais de saúde.

Realizaremos alguns recortes sobre a temática apresentando algumas reflexões sobre o processo de notificação, tendo como subsídio estudos na área da saúde, com o intuito de apontar questões implícitas e pouco visualizadas em tal procedimento como questões de gênero, cor, classe, concepções de mundo, entre outros. E ainda, os entraves e impeditivos para que a notificação seja realizada pelos profissionais de saúde.

Analisaremos também mais profundamente a atuação dos profissionais de saúde na notificação da VDCA, discutindo o trabalho interdisciplinar no atendimento dos casos, a subnotificação, a questão do sigilo e a imprescindibilidade da intersetorialidade neste processo de forma a garantir a integralidade das ações.

No mesmo capítulo buscaremos estabelecer a relação entre a notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes, e o desenvolvimento de problemas relacionados à saúde mental, nos sujeitos que sofrem tal violência, demarcando alguns desses problemas e a importância do atendimento deste público pela Saúde Mental, de forma a prevenir os agravos e efeitos deletérios para o desenvolvimento destas crianças e adolescentes.

Por fim, apresentaremos alguns programas e ações de enfrentamento da violência no Brasil, com ênfase no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), tentando apontar o fluxo da notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

No terceiro capítulo realizaremos uma contextualização territorial do campo da pesquisa, apresentando o município de Campos dos Goytacazes – RJ, bem como, os serviços de urgência elencados, o Posto de Urgência de Guarus e o Hospital de Urgência de Travessão. Conceituaremos as urgências tendo como aporte as diretrizes do Ministério da Saúde, e apontaremos os problemas que os serviços de tal natureza vêm enfrentando, sobretudo, pela ineficácia da atenção básica.

Discorreremos também sobre a pesquisa documental realizada em tais serviços, no que se refere às notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes realizadas no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2010, fazendo um levantamento do perfil das crianças e adolescentes envolvidos nas notificações, bem como, mostrando os tipos de violência de maior incidência, os principais perpetradores, analisando os resultados.

Apresentaremos ainda, as falas de alguns profissionais de saúde (Pediatra, Psicólogo, Assistente Social e Enfermeiro) entrevistados nos serviços de saúde de urgência delimitados, perfazendo o perfil dos profissionais, suas concepções acerca da violência doméstica contra crianças e adolescentes, seu conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e no que se refere à obrigatoriedade da notificação. Mostraremos ainda como são os procedimentos utilizados por tais profissionais para a notificação das VDCA em tais serviços, bem como, suas opiniões sobre os limites, os entraves e as possibilidades da notificação da VDCA nos

seus locais de trabalho. Faremos uma correlação dos dados obtidos na pesquisa de campo com pesquisas realizadas ao nível nacional, sobretudo, no que concerne a violência doméstica.

Nas considerações finais procuraremos apontar algumas sugestões no que tange a questão da identificação e da notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes, tanto apresentadas por tais profissionais, quanto outras baseadas no estudo para desenvolvimento desta dissertação.

O referido trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal Fluminense (UFF).

## **CAPÍTULO I**

### **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: REFLEXÕES SOBRE A TEMÁTICA**

A violência doméstica<sup>2</sup> contra crianças e adolescentes tem sido tratada, em termos de pesquisas e estudos<sup>3</sup>, como um fenômeno complexo e multifacetado, que envolve determinantes culturais, sociais, históricos e econômicos. Para seu enfrentamento há a necessidade de estudos aprofundados que elucidem sobre suas caracterizações, tipologias e que também apresentem formas de visibilidade (publicização) para a temática. Como a violência também ocorre de forma bastante intensa em âmbito doméstico é fundamental a análise da instituição família, ou como preferimos referir, famílias, de maneira que torne possível o entendimento das relações estabelecidas nessa esfera caracterizada culturalmente como espaço privado, muitas vezes, esfera de pactos de silêncios e de código próprios. E dessa forma, tentaremos também trazer à tona as inter-relações existentes entre um dos tipos de violência, a negligência, e a pobreza.

Ao estudar tal problemática, iremos nos reportar a uma das políticas setoriais, que leva em consideração em seu princípio uma variedade de determinantes que envolve muitos outros campos, que é a da Saúde, que por sua vez, foi precursora da discussão da violência contra crianças e adolescentes tanto no âmbito nacional quanto internacional.

#### **1.1 Violência contra crianças e adolescentes e suas interrelações com a área da saúde**

---

<sup>2</sup> Nesse trabalho iremos nos referir violência doméstica e intrafamiliar com o mesmo sentido, a entendendo como aquela perpetrada contra crianças e adolescentes no âmbito doméstico, mas levando em consideração às relações interpessoais entre pais, filhos, parentes consanguíneos ou afins.

<sup>3</sup> Ver: MINAYO, 2006

A violência é um fenômeno social e histórico que tem sido bastante problematizado na atualidade. Ela pode ser entendida como o “evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros” (MINAYO; SOUZA, 1997, p. 514). Nesse sentido, apresenta profundas raízes nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como, nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos.

A violência tem uma diversidade de especificações, e pode ser subdivida nos seguintes tipos: violência auto-infligida, violência interpessoal e violência coletiva. (OMS, 2002) A violência auto-infligida é aquela em que as agressões são destinadas a si próprio, assim como, pode se referir às automutilações. Enquanto a violência interpessoal abarca as violências intrafamiliar (que ocorre entre membros da família, sobretudo no domicílio, mas não exclusivamente) e comunitária (engendra-se no ambiente social em geral, entre pessoas próximas ou desconhecidas). Por fim, a violência coletiva compreende “os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado”. (MINAYO, 2006, p.81)

Assim sendo, trataremos neste trabalho de um tipo de violência interpessoal, que é a violência intrafamiliar ou doméstica contra crianças e adolescentes.

Por violência intrafamiliar entende-se a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. Inclui as várias formas de agressão contra crianças, contra a mulher ou homem e contra os idosos no âmbito doméstico. Considera-se que a violência intrafamiliar é, em geral uma forma de comunicação entre as pessoas e, quando numa família se detecta um tipo de abuso, com frequência, ali existe uma inter-relação que expressa várias formas de violência. (ibid, p. 80)

Essa caracterização de violência está circunscrita ao âmbito familiar, no qual se estabelecem relações complexas, assimétricas e dicotômicas, tanto de poder e autoridade, quanto de afeto e cuidado entre seus membros. De forma mais específica, a violência contra crianças e adolescentes,

(...) representa todo ato de omissão, praticados por pais, parentes ou responsáveis, contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica, de um lado uma transgressão do poder/ dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e

adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. (GUERRA, 1998, p. 32-33)

A violência doméstica contra crianças e adolescentes é um fenômeno bastante antigo, muito naturalizado ou pelo menos não visto ou tratado como problema, já que crianças e adolescentes não eram considerados sujeitos de direitos em fase de desenvolvimento, e logo, não eram tratados como tal<sup>4</sup>. As raízes históricas da violência doméstica assentam-se na cultura patriarcal em que o homem-pai é detentor de todo o poder e as mulheres e crianças ficam subjugadas a este, e na qual o adulto tem poder sobre as crianças.

A partir de meados do século XX iniciaram as primeiras discussões acerca da problemática da infância, sobretudo, ao nível internacional. Como exemplo, podemos citar, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 que instituiu os direitos inalienáveis de igualdade, justiça e dignidade humana e a Declaração dos Direitos da Criança de 1959, na qual a criança adquire o status de prioridade absoluta e sujeito de direitos, destacando a necessidade de se garantir pelos Estados nacionais a promoção dos direitos de sobrevivência, proteção e desenvolvimento em ambiente livre de condições degradantes e criando mecanismos de forma, a enfrentar a violação de tais direitos.

Entretanto, esse processo não se efetivou de forma acrítica e óbvia. A Declaração dos Direitos Humanos e a Declaração dos Direitos da Criança foram frutos de lutas e movimentos após a Segunda Guerra Mundial que deixou como saldo crianças e adolescentes órfãos ou distanciados de seus familiares.

Ao nível internacional, no que tange a violência doméstica contra crianças, na França ocorreu o primeiro estudo pelo médico legista A. Tardieu que, em 1860, publicou um estudo descrevendo alguns tipos de violência contra crianças perpetrada pelos pais ou professores, estabelecendo o conceito de criança maltratada. Em 1962, nos Estados Unidos os pediatras Silverman e Kempe inauguraram o conceito de Síndrome da Criança Maltratada, que posteriormente (1975) foi inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID) pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e se tornou um marco para o debate na área da saúde sobre a violência contra crianças. (GUERRA, 1998).

No Brasil, a partir da década subsequente (1970), a questão da violência contra crianças e adolescentes começou a tomar visibilidade. O contexto político da época era marcado pelo processo de decadência da ditadura (após 1978), pelo surgimento dos

---

<sup>4</sup> Ver: BARROS, 2005.

movimentos sociais que lutavam não só pela redemocratização do país, mas por suas causas específicas, com destaque para o movimento feminista que ao trazer à tona a questão da subjugação das mulheres, direcionou um olhar para as mulheres e crianças que sofriam violência, sobretudo, doméstica e sexual. Além disso, a temática também era trazida por profissionais de saúde que trabalhavam diretamente no atendimento às crianças e adolescentes vitimizados.

Em decorrência destas lutas e favorecido pelo processo de abertura política democrática no Brasil, tivemos a garantia legal dos direitos inalienáveis às crianças e adolescentes expostos nas Declarações, tanto na Constituição Federal de 1988, quanto em 1990 com a adesão dos termos da Convenção Internacional dos Direitos da Criança de 1989, que embasou a construção do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), marco central da questão da infância e adolescência no país. Tal Convenção estabelecia em seu artigo 19º, que

os Estados Partes adotarão todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais apropriadas para proteger a criança contra todas as formas de violência física ou mental, abuso ou tratamento negligente, maus tratos ou exploração, inclusive abuso sexual, enquanto a criança estiver sob a custódia dos pais, do representante legal ou de qualquer outra pessoa responsável por ela. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1989, s/d)

No que tange a visibilidade dada à questão do tratamento à infância pobre, houve a modificação da doutrina que embasava a visão sobre crianças e adolescentes, que até então era a da situação irregular, para a doutrina de proteção integral.

As leis que abarcavam a infância no Brasil até então eram, primeiramente o Código de Menores de 1927<sup>5</sup>, e posteriormente, o Código de Menores de 1979<sup>6</sup>. Em ambos, a visão que se tinha desse público era de adultos em potencial e se destinava a assistir, proteger e vigiar aqueles com menos de 18 (dezoito) anos que estivessem em situação irregular, ou seja, que tivessem sido abandonados por pais ou responsável, ou ainda, que fossem provenientes de

---

<sup>5</sup> O Código de Menores de 1927 se baseava na doutrina do Direito do Menor. Legislava sobre crianças e adolescentes de 0 a 18 anos que fossem abandonadas, não tivessem moradia fixa, que fossem órfãs, ou que os pais fossem considerados ignorados, desaparecidos, incapacitados, presos, vagabundos, mendigos ou incapazes de prover seu sustento. “As crianças menores de sete anos eram denominadas expostos, as menores de 18 anos, abandonadas, os atuais meninos em situação de rua eram os vadios, as crianças que esmolam ou vendem bugangas na rua eram os mendigos e aqueles que freqüentavam casas de prostituição eram chamados de libertinos”. (NEPOMUCENO, 2002, p.144)

<sup>6</sup> A Doutrina que vigia nesse Código era o da Situação Irregular, adjetivando os casos que fossem discrepantes dos valores vigentes na sociedade. “Encontravam-se em situação irregular os abandonados, as vítimas de maus-tratos como também os miseráveis e os infratores. Se a criança fosse enquadrada em qualquer das situações descritas no artigo segundo do Código de Menores, passaria à tutela do Juiz de Menores, que deveria aplicar, em sua defesa os preceitos do Código”. (ibidem.)

famílias pobres, vítimas de crime, em desvio de conduta ou, ainda quando tivessem infligido a lei. Além disso, nenhum dos dois Códigos estabelecia o dever do Estado e da sociedade em salvaguardar ou promover os direitos destes sujeitos.

Com o Estatuto da Criança e do Adolescente que veio a substituir o Código de Menores de 1979, temos a mudança do paradigma para o entendimento de infância no país. A doutrina na qual este se embasa, a da proteção integral,

parte da compreensão de que as normas que cuidam de crianças e adolescentes devem concebê-los como cidadãos plenos, porém sujeitos à proteção prioritária, tendo em vista que são pessoas em desenvolvimento físico, psicológico e moral. Não devem de maneira nenhuma, ser vistos como cidadãos latentes e potenciais. Sua cidadania é plena, sendo-lhes conferidos todos os direitos. (MINAYO, 2006, p.15)

No Estatuto da Criança e do Adolescente temos a inovação no sentido da adoção do princípio da doutrina integral que traz em seu corpo os direitos das crianças e adolescentes como sujeitos de direitos inalienáveis, direitos estes que devem ser garantidos pela família, pelo Estado e pela sociedade, e ainda que estabelece o direito não apenas normativo, mas de fato através do acesso às diversas políticas sociais como saúde, educação, habitação, convivência familiar e comunitária, à liberdade e de não ter que ser submetido a qualquer forma de violência.

Concomitantemente ao processo de discussão dos direitos das crianças e adolescentes, o país passava por inúmeras transformações econômicas, políticas e sociais, sobretudo, como consequência do processo de mundialização da economia<sup>7</sup>, que impulsiona “a tendência a uma homogeneização dos circuitos do capital, dos modos de dominação ideológica e dos objetos de consumo através da tecnologia e da mídia”. Tal processo que possibilita a transferência de riqueza entre países trouxe rebatimentos para todo o campo social, na questão do trabalho (desemprego e flexibilização das relações trabalhistas), além do aumento das desigualdades sociais e aviltamento das condições de vida das classes menos abastadas através do desmonte dos sistemas de proteção social. (IAMAMOTO, 2007, p.111)

O resultado desse processo tem sido o agravamento da exploração e das desigualdades sociais dela indissociáveis, o crescimento de enormes segmentos populacionais excluídos do “círculo da civilização”, isto é, dos

---

<sup>7</sup> Para aprofundamento do tema ver: IAMAMOTO, 2007.

mercados, uma vez que não conseguem transformar suas necessidades sociais em demandas monetárias. As alternativas que se lhes restam, na ótica oficial, são a “violência e a solidariedade” (ibid, p.123)

Assim sendo, evidenciou-se o aumento da violência no país, tendo alcançado a quarta posição no ranking na América Latina, sendo causas externas<sup>8</sup> responsáveis pela segunda causa de mortes em geral, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares, e a primeira causa de mortes no que compreende a faixa etária de 5 a 49 anos (MINAYO, 2006).

A partir de então, a violência passou a ser caso de saúde pública, entrando na agenda dos debates políticos e sociais e no âmbito programático da saúde, tanto que na década de 1990, tivemos a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), se referindo diretamente à questão da violência, não adotando apenas a terminologia de causas externas.

Tais estatísticas além de se referir à violência e acidentes (causas externas) de modo geral, também rebateram na questão da infância e adolescência no Brasil, pois,

A relevância das causas externas se fundamenta não apenas pelas mortes de 151.350 adolescentes brasileiros na década de 90 (com a absurda marca de 41 adolescentes mortos por dia ao longo de toda a década), mas também pelo fato de ser a primeira entre todas as causas de morte nesse grupo, ano após ano. Em 2000, foi responsável por 3.016 óbitos (47,9% do total) na faixa etária de 10 a 14 anos e 13.485 (70%) entre 15 e 24 anos. (BRASIL, 2005, p.90)

Diante dessas estatísticas nos últimos anos vem ocorrendo um crescente reconhecimento de que os serviços de saúde têm um importante papel no enfrentamento da violência, sendo chamados a responder e participar através das suas diversas possibilidades de atuação. Vislumbra-se a necessidade de elaborar propostas de ação voltadas à prevenção, identificação e acompanhamento do número crescente de vítimas da violência.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (1993, p.01),:

a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num

---

<sup>8</sup> Segundo a CID-10 (décima revisão da Classificação Internacional de Doenças, de 1996), capítulo XX, as causas externas de morbidade e mortalidade referem-se aos óbitos decorrentes de acidentes de transporte, homicídios, ferimentos, fraturas, suicídios, óbitos por arma de fogo, acidentes, envenenamentos, afogamentos e ainda aqueles óbitos de causa indeterminada. A taxa de mortalidade por causa externa é calculada dividindo o número de óbitos referentes a uma determinada causa e população pelo número total da população.

problema de saúde pública em vários países [...] O setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social.

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

Além disso, a violência causa grande impacto sobre a saúde, já que traz prejuízo para o sistema público de saúde brasileiro, assim como no que tange ao percentual de anos perdidos<sup>9</sup>. Os gastos são elevados com estruturas pré-hospitalares, emergência, assistência e reabilitação, processos esses com custos mais elevados do que os procedimentos médicos comuns. Segundo o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), cerca de 3,3 % do Produto Interno Bruto (PIB) do país é gasto devido a questão da violência, sendo que esse número cresce para 10,5% se incluirmos os custos indiretos e transferências de recursos. Para fazermos uma analogia, essa cifra (3,3%) corresponde ao triplo do que é investido em ciência e tecnologia. (MINAYO, 2006)

Outro fator que caracteriza a proximidade do setor Saúde com a discussão da violência de forma geral, assim como, com a violência doméstica contra crianças e adolescentes advém, a priori, do entendimento de saúde no seu conceito ampliado, ou seja, como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”, e não apenas como ausência de doenças, e logo, não restrita ao fator biológico. (RELATÓRIO DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, apud MINAYO, 1992, p.10)

Partindo do instituído na Constituição Federal de 1988, que a saúde abarca o bem-estar físico, mental e social, não se pode segmentar o campo da saúde da discussão da violência, já que esta é um fenômeno multidimensional e complexo que envolve fatores sociais, econômicos e culturais que rebatem diretamente na saúde.

---

<sup>9</sup> “A morte, quando ocorre numa etapa da vida de altas criatividade e produtividade, não só pune o próprio indivíduo e o grupo que lhe é próximo, mas também priva a coletividade de seu potencial econômico e intelectual. O indicador "anos potenciais de vida perdidos" (APVP), que explicita o total de anos de vida em potencial perdidos a cada óbito, qualifica esta morte”. (REICHENHEIM; WERNECK, 1994, p. 189)

## 1.2. De que formas de violência estamos falando?

Quando falamos de violência, em geral, os fatos mais objetivos e concretos como aqueles que deixam marcas visíveis, isto é a violência física, torna-se mais facilmente identificáveis. Porém, existem outros tipos de violência, que trazem implicações tão aviltantes quanto esta. Neste trabalho pontuamos quatro caracterizações de violência (abusos e maus tratos<sup>10</sup>) contra crianças e adolescentes. São elas: física, sexual, psicológica e negligência ou omissão.

A violência ou abuso físico se caracteriza pela ação intencional ou não-acidental, por meio da força cometida por um adulto que provoque injúrias, dor ou ocasiona conseqüências leves ou extremas como a morte. Esse tipo de violência é o de mais fácil identificação dada às marcas visíveis de sua ocorrência. É em grande parte das vezes justificada com argumentos dos pais de educar ou por limites nos filhos.

Além disso, a violência física é uma das de maior incidência contra crianças e adolescentes, conforme dados de pesquisas a nível internacional e nacional (apesar dos resultados não serem fidedignos, devido à subnotificação).

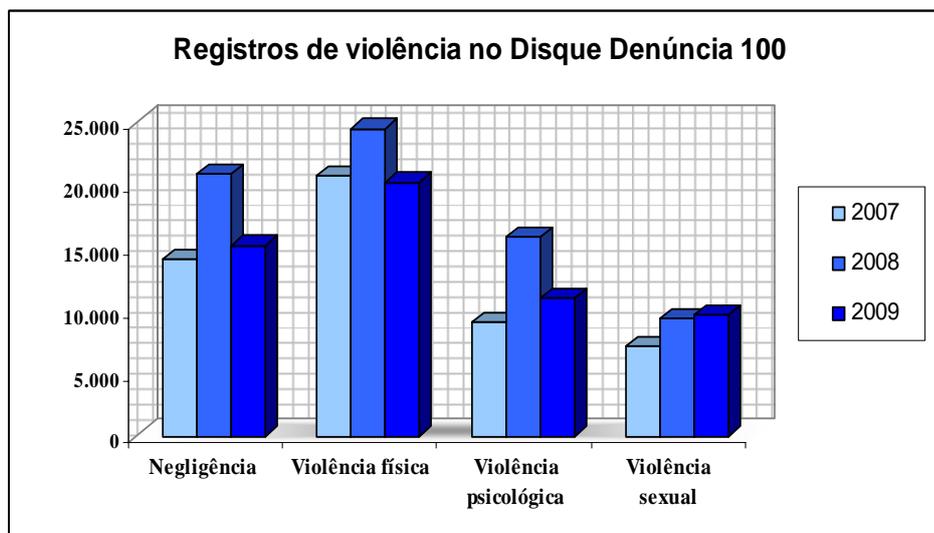
Ao nível nacional temos dados do Disque Denúncia 100<sup>11</sup> referente aos anos de 2007, 2008 e 2009 (ver gráfico 1) que evidenciam tal afirmação, quando mostra a maior incidência de denúncias da violência física, seguida da negligência, da violência psicológica e por fim, da violência sexual.

---

<sup>10</sup> Abuso ou maus-tratos é definido “pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa.” (DESLANDES, 1994).

<sup>11</sup> “É um serviço que recebe, encaminha e monitora denúncias de violência contra crianças e adolescentes recebidas de todos os estados brasileiros. Em maio 2003, o serviço foi trazido para o Poder Executivo sendo coordenado e executado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH) (...) Funciona diariamente de 8h às 22h, inclusive finais de semana e feriados, recebendo denúncias anônimas e garantindo o sigilo. As denúncias podem ser feitas de todo o Brasil através de discagem direta e gratuita para o número **100**; do site [www.disque100.gov.br](http://www.disque100.gov.br); do exterior através do número telefônico pago 55 61 3212.8400 e através do endereço eletrônico: [disquedenuncia@sedh.gov.br](mailto:disquedenuncia@sedh.gov.br) . Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/spdca/T/RELATORIO%202011.pdf>

**Gráfico 1 – Registros de violência conforme dados do Disque Denúncia nos anos 2007, 2008 e 2009.**



**Fonte: Disque Denúncia 100**

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

Esse tipo de violência pode ser especificado em dois tipos: com contato e sem contato físico. No que tange com contato físico podemos citar os atos físicos genitais, a sedução, o incesto e o estupro. As sem contato físico abarcam o voyeurismo, exibicionismos, telefonemas obscenos e pornografia.

No que tange a violência sexual contra crianças e adolescentes, a OMS estima que 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos abaixo de 18 anos foram forçados a manter relações sexuais ou sofreram outras formas de violência sexual que envolveram contato físico em 2002. (WHO, 2006). Porém, “no Brasil, inexitem dados globais a respeito do fenômeno, estimando-se que menos de 10% dos casos chegam às delegacias”. (RIBEIRO et al, 2004, p.457)

Nos casos de violência sexual ocorre o atrelamento em grande parte com outros tipos de violências, já que causam lesões físicas e genitais, além de influenciar no psíquico da vítima. Somando-se a isso, as crianças e adolescentes se tornam propícias aos distúrbios sexuais, ao uso de drogas, à prostituição, à depressão e ao suicídio. Podem ainda estar

expostas a contrair doenças sexualmente transmissíveis como a AIDS, e podem devido a estupro terem uma gravidez não desejada. (ibid)

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

Por fim, o último tipo de violência, a negligência e/ou a omissão inclui a ausência, a negação ou a deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados, quando isso é essencial ao seu desenvolvimento sadio. Essa negligência pode ser de dois tipos: física e emocional. A física se caracteriza pelo risco oriundo da inadequação de nutrição, vestimenta, higiene e atenção ou cuidado. Já a emocional se refere à falha no provimento de suporte emocional adequado ou por se relacionar a permissão que a criança presencie violência doméstica. (WEBER et al, 2002)

No que concerne às formas de negligência contra crianças e adolescentes, estas podem ser:

1) Médica (incluindo a dentária) - as necessidades de saúde de uma criança não estão sendo preenchidas; 2) Educacional - os pais não providenciam o substrato necessário para a frequência à escola; 3) Higiênica - quando a criança vivencia precárias condições de higiene; 4) De supervisão - a criança é deixada sozinha, sujeita a riscos; 5) Física - não há roupa adequada ao uso, não recebe alimentação suficiente. (AZEVEDO e GOMES, 1989 apud BESERRA et al, 2002, p. 65)

É necessário distinguir a negligência e/ou omissão da falta de acesso da família à políticas sociais, sobretudo, aquelas que se encontram em estado de vulnerabilidade social, ou de pobreza extrema. A negligência pode ser oriunda da falta de condições materiais e econômicas, decorrentes da desigualdade social produzida pelo sistema capitalista, ou pela falta de cuidados da família em relação a essa criança e/ou adolescente. Essa análise é de extrema importância, porque a partir dela serão realizados os desdobramentos dessa problemática, que em caso de uma análise equivocada, virá a fragilizar mais ainda a situação de vulnerabilidade dessa família, ou dos membros da mesma.

Conforme dados do Disque Denúncia 100, esse tipo de violência é um dos de maior de ocorrência (conforme gráfico 1), estando atrás apenas da violência física.

a relevância da porcentagem para a negligência, ao que tudo indica, está associada a situações limítrofes entre pobreza e maus-tratos. Ou seja, uma vez que a negligência se define pela omissão no trato dos cuidados e necessidades da criança, a reconhecida ausência de condições econômicas dessas famílias muitas vezes dificulta um julgamento mais preciso entre prática abusiva e impossibilidade de prover a atenção. (DESLANDES 1994, p.183)

Existe uma associação entre pobreza e violência contra crianças e adolescentes. De forma, a diferenciar essa problemática social (pobreza) como causadora ou determinante da negligência, este a Organização Mundial da Saúde especificou o que seria negligência afirmando que esta “pode ocorrer apenas em casos onde recursos razoáveis estejam disponíveis para a família ou responsável” (OMS, 2002, p.60)

Discutir negligência envolve, portanto, elucidar várias questões já que abarca inúmeros condicionantes, dentre eles, sociais, culturais, subjetivos e econômicos. Assim sendo, tentando aprofundar um pouco mais sobre esse debate, trataremos sobre essa temática no decorrer desse capítulo, ao tratar a relação entre família, negligência e pobreza.

### **1.3 Arranjos familiares – um olhar sobre a temática família**

Quando objetivamos estudar violência doméstica de qualquer natureza, mas de modo especial, aquela perpetrada contra crianças e adolescente, não é possível omitir uma discussão importantíssima, que é a de família. Esse tema, apesar de sua importância e amplitude, ainda não é temática de amplo debate, muitas vezes, por haver uma tendência em nossa sociedade em naturalizar essa instituição, identificando-a como uma forma básica, elementar e generalizável. Naturalizam-se também os papéis sexuais familiares, o que de fato é uma negação da transitoriedade da vida e das relações humanas e sociais.

Para entender tal instituição é necessária a dissolução dessa naturalização em torno dela e considerar as particularidades e singularidades que ela toma em contextos históricos, conjunturais e sociais diferenciados. (BRUSCHINI, 2009) Apenas desta forma, poderemos enriquecer o entendimento, o debate, e logo, o enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes, levando em consideração as multidimensionalidades e multicaracterizações de família.

Podemos considerar família não só por laços consangüíneos, mas por laço de afetividade e afinidades. A família é a instituição com a função de transmitir um patrimônio cultural e econômico. Por meio dela é transmitida ao indivíduo, uma cultura, um nome, uma concepção moral, religiosa e ética. (BOURDIEU, 2009b)

Assim sendo, quando nos referimos a famílias, estamos abarcando vários contextos, que a priori poderíamos elencar: como espaço do simbólico (lugar de pertencimento, de identidade, de formação de valores dos sujeitos) e/ou como mecanismo de proteção social. Logo, falar de família, ou famílias não pode de forma alguma ser algo dado, naturalizado, pois envolve questões do relacional, das subjetividades humanas e sociais, o que em si mesmo é permeada de complexidade.

Para entender este lugar de pertencimento social, de reprodução humana e valores sociais é necessário também, realizar um resgate histórico e cultural evidenciando as mudanças que vem ocorrendo nesta, no que concerne às suas concepções e características.

### **1.3.1 Breve reflexão sobre o percurso das famílias no Brasil do século XX**

Até meados do século XX tínhamos no Brasil como modelo familiar hegemônico a família patriarcal nuclear, composta basicamente pelo pai, mãe e filhos. Nesta, a figura paterna era a referência, nela se centrando o poder e a autoridade e era estabelecida com os outros membros (esposas e filhos) uma relação de submissão.

Concomitantemente ao processo de industrialização em voga nesse período, tivemos o surgimento de movimentos sociais, de maneira especial, o feminista, que colocou em xeque a dominação de homens sobre mulheres. Tais processos de mudanças econômicas, ideológicas e sociais reverberaram nas condições da mulher na sociedade de até então, sendo seus maiores exemplos a inserção das mulheres no mercado de trabalho, a profusão dos métodos contraceptivos, e em decorrência deste a desvinculação da questão da sexualidade da maternidade.

Em decorrência das mudanças supracitadas podemos evidenciar a diversidade de arranjos familiares hoje no Brasil, mesmo que com preponderância da família nuclear, que é aquela composta por pais e filhos. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 mostrou que a consangüinidade é o eixo principal de união das pessoas que vivem em

um mesmo domicílio no Brasil, representando 88,1% dos arranjos familiares. Destes, 48,2% são do tipo casal com filhos (família nuclear), 16,7% constituem-se de casal sem filhos, 17,2% desses arranjos são de mulher sem cônjuges com filhos e 11,6% pessoas que residem sozinhas (unipessoal).

Junto a esse processo de mudanças na realidade social brasileira, com os diversos problemas sociais que advieram do afastamento do Estado de suas responsabilidades, da defesa do mercado como principal e mais eficaz agente na sociedade, tivemos transformações no âmbito das famílias brasileiras, ao passo que para dar conta de tal realidade, em que a informalidade cresce, o desemprego aumenta, os direitos sociais se restringem, a pobreza se generaliza, novas configurações são tomadas por essa instituição, novos e diferenciados arranjos familiares surgem, há a necessidade de inserção das mulheres no mercado de trabalho e também ocorre modificação no tamanho das famílias, em sua composição e nas formas de organização desta.

Um dos exemplos significativos dessas mudanças é o aumento do número de famílias monoparentais<sup>12</sup> nos país, conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, sobretudo, a partir da década de 1990.

A monoparentalidade traz em seu cerne um conjunto complexo de caracterizações e condicionantes. No caso brasileiro, a maioria das famílias monoparentais é feminina e tem prevalência nas camadas mais pobres. As mudanças demográficas e as transformações econômicas e sociais, sobretudo, o desemprego e a flexibilização das relações trabalhistas trouxe conseqüências de maneira especial para essas famílias, já que várias pesquisas mostram que as condições de vida das mulheres com filhos são mais precárias do que de outros arranjos familiares, fenômeno esse denominado de feminização da pobreza. Isso se dá pelo fato das mulheres estarem inseridas de forma mais intensa no mercado informal de trabalho, de receberem menos comparativamente aos homens, de ter que trabalhar para sustentar a família e concomitantemente de ser responsável pelo cuidado dos filhos.

A violência urbana é outro fenômeno que traz como conseqüência o aumento do número de tais famílias, já que tal violência tem incidido, sobretudo sobre os homens jovens de 16 a 24 anos.

---

<sup>12</sup>“É considerada também como entidade familiar a comunidade formada por um dos pais e seus descendentes, encaixando-se na definição de famílias monoparentais, em que o homem ou a mulher assume as responsabilidades”. (STAMM; MIOTO, 2008, p.163)

Concomitantemente ao processo de modificação da composição das famílias no país, a partir da década de 1970 devido à crise mundial consequência da queda do preço do petróleo, houve o exaurimento do modelo de proteção social do Welfare State<sup>13</sup> que foi instaurado nos países europeus após a Segunda Guerra Mundial. Com o discurso que os gastos sociais eram os principais causadores da crise, tivemos a implementação do projeto neoliberal nas grandes economias mundiais, e logicamente, que o Brasil não passou despercebido por essas mudanças, apesar destas terem se refletido mais a partir da década de 1990 no país.

Esse processo significou a retração do Estado da esfera social, e como consequência tivemos a reafirmação da família como instituição provedora da proteção social. Como bem nos lembra Pereira (2006, p.29), “a instituição familiar sempre fez parte integral dos arranjos de proteção social brasileiros. [...] Os governos brasileiros sempre se beneficiaram da participação autonomizada e voluntarista da família na provisão do bem-estar de seus membros”.

Segundo Castel (1998), a família comporia a proteção social primária dos indivíduos, enquanto que as políticas sociais desenvolvidas pelo Estado fariam parte da proteção secundária dos mesmos. Assim sendo, como proteção social primária, a família passou a ser utilizada como baliza de muitas das políticas sociais, a partir de então engendradas, e tornou-se responsável pelas medidas protetivas que deveriam ser de responsabilidade do Estado. Neste contexto, tivemos,

recuperação da importância da família como lugar de busca de condições materiais de vida, de pertencimento na sociedade e de construção de identidade, principalmente nas experiências de insegurança, de perda de lugar na sociedade e de ameaça de pauperização trazidas pelo desemprego. (WANDERLEY, 1997, p. 148 apud MIOTO, 2006, p.44)

Apesar da valorização do papel da família no âmbito da sociedade brasileira, isso não ocorre sem paradoxos, sendo a principal consequência, a penalização da família pelo Estado no momento em que se afirma esta como base para a sociedade, quando não se implementam

---

<sup>13</sup> Entendemos Welfare State em consonância com Gomes (2006, p.203), “um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir uma certa "harmonia" entre o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social, suprimindo a sociedade de benefícios sociais que significam segurança aos indivíduos para manterem um mínimo de base material e níveis de padrão de vida, que possam enfrentar os efeitos deletérios de uma estrutura de produção capitalista desenvolvida e excludente”. Reiterando que essa forma de enfrentamento da questão social foram modelos adotados após a Segunda Guerra Mundial nos países capitalistas ocidentais desenvolvidos, tendo uma caracterização própria de acordo com o tipo de welfare state.

medidas que venham protegê-las de problemas como a pauperização, que é uma das realidades pela qual as famílias são submetidas.

Nesse processo evidencia-se o esgarçamento das relações familiares em decorrência de todos os problemas supracitados.

Essas famílias estão diante do desafio de enfrentar, sem nenhuma proteção social, carências materiais e financeiras. Convivem, além disso, com graves conflitos relacionais. Essas dificuldades já são suficiente para caracterizar a situação por elas vividas de violência social. A essas dificuldades somam-se episódios cotidianos de violência urbana, originados pelos grupos do narcotráfico e do crime organizado, compondo um quadro de acúmulo e potencializarão da violência familiar. Em outras palavras, as famílias pobres são microcosmo de contradição social e o paiol de conflitos que, no mais das vezes, eclodem em múltiplas formas de violências. Contraditoriamente, descrevem uma epopéia hercúlea e solitária contra a enorme pressão social e econômica que joga a favor de seu estilhaçamento e da eliminação física de seus membros. (GUIMARÃES; ALMEIDA, 2007, p.130)

Como decorrência desse processo envolvendo a sociedade brasileira, nota-se uma ideologia de criminalização da pobreza, que evoca as famílias e pessoas das camadas mais desfavorecidas da sociedade à culpa pelos problemas sociais, sobretudo, a violência e o tráfico de drogas. No caso específico da violência doméstica contra crianças e adolescentes, há a demonização das famílias pobres como lócus de tal problemática. (BARROS, 2005)

#### **1.4 - Negligência, famílias e pobreza**

Sempre que se discute violência contra crianças e adolescentes, tende-se a relacionar esta com a pobreza, ou seja, famílias pobres seriam famílias violentas. Porém, várias pesquisas já comprovaram que tal afirmação não é procedente. Mas, não se pode negar que a negligência que é um dos tipos de maus-tratos ocorridos no âmbito doméstico a priori tem uma ligação estreita com a pobreza. Assim, torna-se proeminente discuti-la de maneira a tentar problematizar tal relação.

A negligência ou omissão é o tipo de violência mais difícil de ser identificado ou analisado. A questão da pobreza, da miséria, da negação dos direitos básicos, o desemprego, a dependência química, a não perspectiva de futuro, se misturam com o não cuidado, a omissão quando temos contato com as crianças e adolescentes principalmente nas instituições de saúde, educação ou assistência social.

De forma a tentar refletir sobre tal dificuldade citarei dois casos vivenciados na realidade de trabalho em um Hospital de emergência do estado do Rio de Janeiro:

### **Caso 1**

*Criança de 10 meses dá entrada em um hospital de emergência com 90% do corpo queimado. Médicos e enfermeiros correm para realizar o atendimento emergencial a fim de salvar a vida do bebê que necessitava passar por cirurgia para retirada da fralda descartável queimada que estava grudada em seu corpo. Enquanto isso muitos dos outros profissionais se preocupam em culpabilizar a mãe da criança, sem nem querer escutá-la para saber o ocorrido. Alguns profissionais então a abordaram. Segundo relato de tal mãe ao sair de casa, tinha deixado seu filho de dez meses no berço dormindo, e solicitou a sua sobrinha de 14 anos e aos filhos de 6 e 8 anos que estavam do lado de fora da casa que dessem uma olhada na criança. Onde a mãe fora? Tinha ido a 100 metros da casa pegar água no poço para fazer comida para as crianças, até que sua sobrinha veio chamá-la porque a casa estava em chamas e a criança estava lá dentro. Esposo estava trabalhando na hora do ocorrido e segundo informações da perícia ocorreu um curto-circuito na casa, que causou o incêndio. Após dois dias de internação em CTI pediátrico, criança veio a óbito.*

Neste caso podemos elencar algumas questões importantes. A primeira relacionada à culpabilização da família pelos profissionais de saúde e pela sociedade em geral, sem uma avaliação aprofundada devido à comoção causada pela violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Sendo a família um mundo de relações (Sarti, 2003a, 2003b), o atendimento que focaliza a família lida forçosamente com esse mundo de relações, em todo seu emaranhado de situações e pontos de vista. Quando se enfoca a família, então, a primeira coisa a se ter em conta é que se está tratando de relações e não de indivíduos, o que contraria a formação dos profissionais de saúde, em geral, que tendem a operar a partir de uma noção individualizada e objetivada do corpo e da doença, com base no modelo biomédico, distante desse universo não palpável, mas sempre atuante, das relações intersubjetivas que ocorrem no âmbito familiar. (SARTI, 2004, p.12)

Outra diz respeito à questão da negligência e da pobreza, relação essa a ser discutida posteriormente nesse trabalho. Mas, podemos por hora pontuar que as famílias pobres

estruturam formas de organização próprias para dar conta da vida familiar, uma dessas formas é a circulação de crianças, a qual se caracteriza pelo partilhamento de responsabilidades e cuidados entre parentes ou vizinhos, de forma que as crianças não fiquem desassistidas. (FONSECA, 1990) Cabe destacar, que estas formas de organização são necessárias em grande parte pela falta de uma rede de proteção secundária que proporcione o cuidado de crianças e adolescentes, enquanto os pais precisam trabalhar. Outra questão relacionada também à pobreza se concentra na inexistência de políticas sociais como a educação, saneamento básico, habitação, geração de renda, de trabalho, saúde, assistência social, e o que temos somos famílias vivendo em condições de vulnerabilidade social e econômica.

Uma interrogação surge para esse caso. Seria possível qualificar essa família e nesse caso específico, essa mãe de negligente, quando na realidade há questões muito mais radicais envolvidas?

## **Caso 2**

*Criança de 1 ano dá entrada em hospital com queimaduras de segundo e terceiro graus quase morta. Profissionais culpabilizam a mãe de 21 anos, acionam Conselho Tutelar, julgam, cochicham pelos corredores. Ao ouvir a mãe, esta relata que estava cozinhando e criança estava na cozinha perto dela, quando foi pegar panela de água quente o cabo quebrou e caiu na criança, vindo a queimá-la. Criança passou 4 meses no hospital sob cuidados e sendo acompanhada pela equipe multiprofissional. Em um plantão mãe desesperada contou ao assistente social que iria evadir do hospital com a criança já que a mesma não estava melhorando conforme esperava. Foi impossibilitada de fazê-lo pelo profissional que a informou que a criança ainda não tinha recebido alta médica. Mãe então socializou a problemática: pai da criança e seu companheiro estava em “prisão domiciliar” e vinha sofrendo ameaças dos traficantes da localidade, pois estes desconfiavam que a criança tinha morrido e que os pais a queimaram de propósito e caso mãe não voltasse para casa com o filho, seu companheiro morreria. Do mesmo modo, a mãe foi impossibilitada de levar a criança, mas foi orientada a levar uma declaração de forma a comprovar internação da criança no hospital. Retornou dois dias depois dizendo que conseguiu reverter à situação. Após 4 semanas mãe evadiu do hospital levando o filho sem receber alta médica.*

*Durante todo o período de internação a equipe discutia sobre a forma de tratamento não muito afetivo/cuidadoso da mãe jovem com a criança se interrogando se mãe teria queimado criança propositalmente ou não.*

Este caso evidencia questões anteriormente tratadas sobre a pobreza e as condições de vida das famílias pobres.

Além disso, igualmente ao primeiro caso observamos que, quando se trata de violência doméstica contra crianças e adolescentes, sobretudo, física há uma comoção social, seja das pessoas em geral, como dos profissionais que se deparam com tal questão. Isso decorre da visão equivocada que se tem de família como “lugar de felicidade” a priori conforme Miotto, bem analisou, tal instituição “é entendida como um fato cultural, historicamente condicionado (...). Contrapondo com a idéia de que a família é um grupo natural, calcado na essência biológica do homem, ou seja, na consangüinidade e na filiação” (MIOTTO, 1997, p.116)

Outra tendência é a visão socialmente construída que temos do papel de mãe. Relacionamos o amor-materno como algo intrínseco às mulheres e não passível de relativismos. Essa visão surgiu no século XVIII com Rousseau e está presente até hoje em nossa sociedade. Porém, “o amor materno não constitui um sentimento inerente à condição de mulher, ele não é um determinismo, mas algo que se adquire” ou se apropria culturalmente. (BADINTER, 1985)

Assim sendo, a tendência em nossa sociedade na naturalização do amor materno não pode ser tomado como uma verdade absoluta, pois “não parece existir nenhuma harmonia preestabelecida nem interação necessária entre as exigências da criança e as respostas da mãe. Nesse domínio, cada mulher é um caso particular. Algumas sabem compreender, outras menos, e outras ainda nada compreendem”. (ibid, p.18)

Então, quando nos deparamos com mães que não tem padrões de comportamento compatíveis com o paradigma que temos de amor-materno, ou seja, de algo imbuído de sentimentos como cuidado, atenção, zelo, ocorre um estranhamento do outro, como outro e a negação da subjetividade deste, havendo então uma crítica infundada e preconceituosa do sujeito envolvido numa suspeita de violência como no caso referido acima.

Para melhor compreendermos a violência doméstica contra crianças e adolescentes, torna-se necessário desconstruir esse paradigma idealizado e imutável de família e com ela o de mãe, pressupondo então,

uma visão de família como uma unidade dinâmica inserida em relações sociais que interagem com as transformações cotidianas da realidade social. A família não pode ser uniformizada nem universalizada enquanto paradigma único de funcionamento da sociedade. A idealização da família faz com que pareça que em seu interior as relações sejam um bloco, um todo harmônico e solidamente construído, onde as diferenças e conflitos devem ser camuflados em nome de uma aparente perfeição. E se os conflitos inerentes a todas as relações sociais são camuflados, as distorções destas relações são ainda mais veladas. (BARROS, 2005, p.72)

Conforme relatos dos casos acima, no que se refere à violência doméstica contra crianças e adolescentes, tende-se a culpabilizar a priori a família, lhe atribuindo diversificadas qualificações como, família desestruturada, sendo esta denominação utilizada “para nomear as famílias que falharam nas funções de cuidado e de proteção dos seus membros e trazem dentro de si as expressões de seus fracassos” (MIOTO, 2006, p.54)

Quando isso ocorre, a figura que mais é julgada são as mães dessas crianças e adolescentes, já que culturalmente na sociedade brasileira ela seria a responsável pelo cuidado e pela educação dos filhos sendo a figura principal do espaço privado, enquanto o homem-pai tem seu papel atrelado ao espaço público, ao provimento do lar. Podemos verificar que essas visões que aportam a maioria de nós, principalmente os profissionais que trabalham diretamente com essas famílias e com as crianças e adolescentes, tendem a serem baseadas em julgamentos morais, principalmente em relação a essas mães.

Nos casos de violência contra crianças e adolescente a atuação mais é constante a “ameaça” velada às famílias, sendo sua principal imagem o Conselho Tutelar, subvertendo o papel de tal órgão, que passa então a ser reduzido a uma função polícial e de controle. Não se considera que tal órgão foi criado para garantir os direitos das crianças e adolescentes nos casos em que estes são violados ou ameaçados por omissão ou abuso dos pais, do Estado, ou em razão de seu próprio comportamento (BRASIL, 1990 *apud* MENDES e MATOS, 2006)

Segundo Mendes e Matos (*ibid*, p.248), “o conselho tutelar tem a atribuição de aplicar medidas de proteção que envolvem encaminhamentos aos serviços sociais, aplicação de advertência aos responsáveis, requisição de atendimentos e, como último recurso, inclusão em abrigo”.

Dessa forma, tal órgão não deve ser usado como ameaça à família, sobretudo, às mães, que em grande parte vincula o conselho tutelar à perda da guarda dos filhos. É necessário que

nos utilizemos de tal instância para que seja viabilizado o acesso dessas famílias às políticas sociais que não tem tido tal acesso, devido à omissão do Estado. Porém, só poderemos proceder dessa maneira caso busquemos compreender, ao atuar junto às famílias, as especificidades e problemáticas causadoras ou condicionadoras de atuação limite de violência. É constante, sobretudo, nos casos de violência caracterizados como negligência, que se traga imbuído uma negligência anterior com relação a essas famílias, quando não lhe são dadas oportunidades e condições de desenvolver suas funções primárias. Logo, torna-se imprescindível realizar uma análise: essa família é negligente ou está sendo negligenciada?

Ao discutir e trabalhar com a temática violência doméstica contra crianças e adolescentes, é necessário a priori tentar se desnudar o possível dos julgamentos em relação aos modos de vida das famílias e suas formas de organização e estruturação e levar em consideração as diversas problemáticas que as famílias vêm passando na atualidade na sociedade brasileira, momento este que apesar de termos legalmente diversos direitos sociais e humanos, nos atentarmos que esses direitos são mais individuais (o que na totalidade não é negativo) e que pouco tem se feito em prol das famílias, tentando dar-lhe condições de melhor exercer seu papel histórico de cuidado e proteção.

É mister que as atitudes policiais, de julgamento, deixem de ser a tônica nas análises sobre as situações de violência intrafamiliar e se busque conhecer as caracterizações, as especificidades, as problemáticas por que essas famílias possam estar passando para com um aporte mais amplo de informações possa aprofundar, de forma mais comprometida, as intervenções possíveis para o enfrentamento da questão, não culpabilizando tais famílias, mas construindo possibilidades que as mesmas tenham condições de efetuar o cuidado pelos seus membros de forma otimizada e digna.

Assim, para que haja a proteção das crianças e adolescentes é necessário que haja uma mudança na forma de conceber as famílias, consistindo,

Em compreender que existe uma conexão direta entre proteção das famílias, nos seus diversos arranjos, e proteção aos direitos individuais e sociais das crianças e adolescentes. Dessa forma, ela tem o direito de ser assistida para que possa desenvolver, com tranquilidade, suas tarefas de proteção e socialização das novas gerações, e não penalizada por suas impossibilidades. (MIOTO, 2006, p.57)

Além disso, não se pode aceitar passivamente que seja atribuída a família papéis e responsabilidades que não são exclusivamente delas, é necessário que haja um partilhamento dessas responsabilidades entre a família, a sociedade e o Estado.

A intervenção do Estado não pode restringir-se apenas ao processo de definição e garantia dos direitos individuais. Ao lado da garantia dos direitos individuais, deve ser colocado o processo de definição e implementação de políticas sociais, que forneça instrumentos de sustentação necessários para o bem-estar das famílias. As políticas sociais teriam o papel de modificar as conseqüências do funcionamento do mercado de trabalho sobre a disponibilidade de recursos para as famílias, que se colocam diversamente na linha de estratificação social. (ibid, p.49)

A temática sobre a violência no Brasil, sobretudo, a violência doméstica contra crianças e adolescentes, sobretudo, a partir das duas últimas décadas, se tornou objeto de política pública, com dada visibilidade social, e sua conseqüente apelo para que medidas fossem tomadas no sentido de seu enfrentamento. A principal constatação disso é a criação do Estatuto da Criança e Adolescente que veio revolucionar a questão da infância no Brasil, dando as crianças e adolescentes um predicado de sujeitos de direitos.

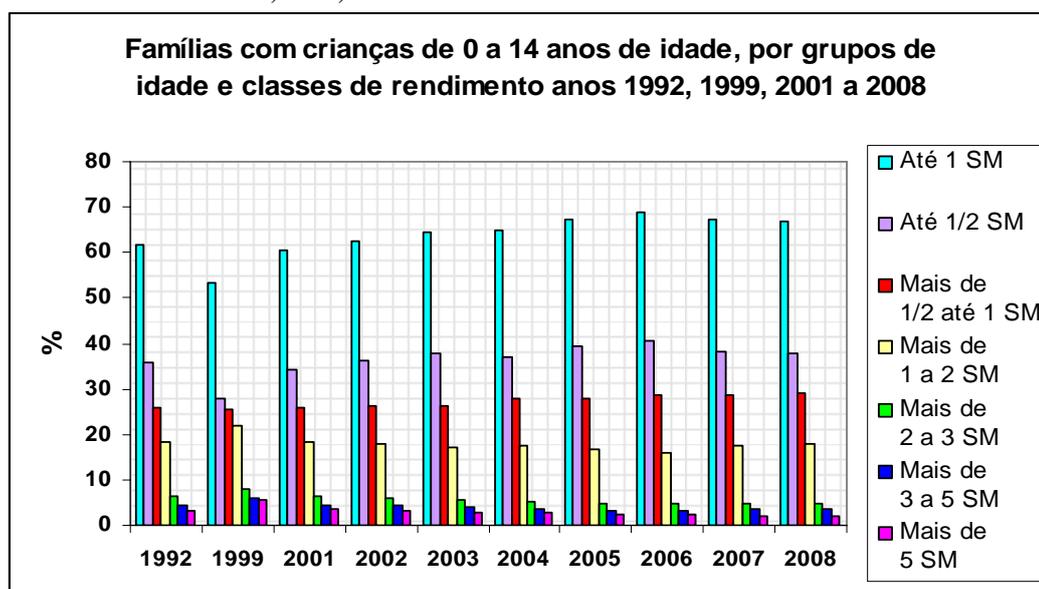
Apesar de termos uma legislação bastante avançada, as ações substanciais para garantir a inviolabilidade dos direitos desse público alvo ainda não se concretizaram de forma mais ampla e, todos os dias nos jornais impressos, nos diversos veículos midiáticos, ou ainda, na realidade do cotidiano profissional nos deparamos com situações de violência de vários tipos, e de maneira mais expressiva, de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Não se está, pois desconsiderando ações importantes, sobretudo, realizadas no setor saúde com a finalidade de defender os direitos desse público. Mas, essas ações se dão, principalmente nos tipos de violência consideradas mais graves, ou mais fáceis de serem identificadas, como é o caso da violência física, subestimando a importância da violência psicológica e da negligência.

Para que se enfrente a violência doméstica contra crianças e adolescentes faz-se necessário um esforço conjunto articulado de ações de toda sociedade, especialmente, do Estado para modificar tal situação, posto que medidas isoladas não terão fruto, posto a multidimensionalidade e condicionantes da pobreza.

De forma a exemplificar o que estamos discutindo, nos interrogamos se como podemos falar de diminuição da violência no sentido mais amplo, quando temos, no decorrer

das duas últimas décadas, o percentual de quase 60% de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos de idade inseridas em famílias com renda familiar per capita inferior a um salário mínimo, ou seja, em estado de pobreza, sendo que dessas mais ou menos 35 % vivem abaixo da linha da pobreza, o que significa não ter acesso ao mínimo para uma alimentação saudável, quem dirá então, ao acesso às políticas sociais como educação, saúde, habitação, cultura, entre outros?

**Gráfico 2 – Famílias com crianças de 0 a 14 anos de idade, por grupos de idade e classes de rendimento anos 1992, 1999, 2001 a 2008**



Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1992, 1999, 2001 a 2008. Elaboração própria.

Como falar ainda de erradicação ou diminuição de tal violência quando segundo dados da PNAD de 2007, aproximadamente 5 milhões de crianças e adolescentes estão em situação de trabalho infantil, mesmo com a legislação favorável a esse grupo?

De fato, não nos parece que haja esforço real no enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes, e menos ainda, na violência em seu sentido mais amplo. Pelo contrário, o que temos notado é o reforço destes tipos de violência, a negação da sua ocorrência, e o fortalecimento da violência institucional, do descaso diante da problemática, da falta de compromisso com esse grupo tão dependente de cuidados e ainda, da despreocupação dos setores sociais e do Estado.

Diante do discutido até então é importante que se entenda a violência como condicionada por vários fatores e se direcione o trabalho nessa perspectiva com uma reforma em todos os setores sociais. Apenas com a diminuição efetiva da desigualdade social, quando

a todos for permitido suprir as suas necessidades básicas, e tiverem acesso às políticas sociais basais como saúde, educação, alimentação, com condições de questionar e lutar pelos direitos expostos em leis, a violência doméstica contra crianças e adolescentes será minorada ou erradicada. Enquanto isso não ocorre se perpetuará, sendo direcionada apenas para medidas corretivas e de pouca eficiência e efetividade em detrimento de ações preventivas o que de fato é negar a possibilidade de que os direitos legais sejam efetivamente garantidos, fazendo com que estes se constitua em discursos vazios, sem maior resolutividade.

## **CAPÍTULO II**

### **A NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES – UMA TEMÁTICA EM QUESTÃO**

Concebendo a violência doméstica contra crianças e adolescentes como uma temática abrangente e de extrema complexidade torna-se importante discutirmos mais profundamente a questão da sua notificação, sobremaneira, pelos profissionais de saúde, já que é neste campo que se delimita nosso objeto de estudo neste trabalho.

Assim sendo, pretendemos discutir a questão da notificação da VDCA, de forma geral, apontando como tem se dado tal procedimento em nível nacional tendo como subsídio estudos da área identificando as discussões que a perpassam, relacionando-as como o exercício profissional dos profissionais de saúde<sup>14</sup>. Posteriormente, analisaremos a inter-relação entre a VDCA, a notificação desta e as implicações de tal problemática na saúde mental das crianças e adolescentes. Apontaremos ainda, algumas das ações que foram e vem sendo implementadas no sentido do enfrentamento da VDCA em nível nacional, da importância da intersetorialidade e da integralidade neste ínterim e do processo de notificação de violência e agravos. (VIVA).

#### **2.1 Notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes**

---

<sup>14</sup> “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde reconheceu como profissionais de saúde de nível superior as categorias dos: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais” . (Vasconcelos, 2006, p.255)

Uma grande inovação do Estatuto da Criança e do Adolescente foi o fato de tornar obrigatória a notificação de violência contra crianças e adolescentes, conforme seu artigo Art. 245, que estabelece que sanções para professores, médicos, e responsáveis por unidades de saúde que deixem de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente.

Tal obrigatoriedade revela o partilhamento da responsabilidade na identificação da problemática, estendendo, algo que até então era do âmbito privado, para o ambiente público, quando envolve a responsabilidade do Estado e da sociedade no seu desvelamento e notificação/publicização, que é a primeira etapa para o atendimento das crianças e adolescentes vitimados, estando, portanto, em consonância com o estabelecido no artigo 227 da Constituição Federal de 1988.

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

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências estabelece que notificação “é a comunicação obrigatória de determinadas doenças ou agravos às autoridades de saúde”. No caso específico de violência doméstica contra crianças e adolescentes, o Manual de Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde do Ministério da Saúde esclarece que a notificação é

uma informação emitida pelo Setor Saúde ou por qualquer outro 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. (BRASIL, 2002a, p. 15)

O município do Rio de Janeiro foi pioneiro no que concerne a criação da Ficha de Notificação Compulsória de VDCA, já que em 1996 tornou obrigatória tal notificação pelos profissionais de saúde.

Em 1999, no Estado do Rio de Janeiro, através da Secretaria Estadual de Saúde foi aprovada a resolução nº 1354 de 09 de julho de 1999, que estabeleceu a obrigatoriedade de todos os profissionais de saúde, seja da rede pública ou da rede privada em notificar os Casos Suspeitos ou Confirmados de Maus-Tratos/Abuso Sexual contra Crianças e Adolescentes, utilizando como instrumento a Ficha de Notificação Compulsória.

Em 2001, fruto da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e de Redução da Violência e dos Acidentes na Infância e na Adolescência” o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.968/2001 tornando compulsória a notificação em todas as instituições de saúde pública e/ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde do território nacional, através do preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória e seu encaminhamento aos órgãos competentes.

A notificação é duplamente importante no combate à violência, pois além de trazer benefícios para os casos individuais, caracteriza-se por uma forma de controle epidemiológico da violência.

A notificação da violência contra a criança inaugura, também, um processo no interior do qual se desenrolam procedimentos de investigação sobre a vida em família, com vistas a subsidiar, se necessário, uma futura decisão jurídica. Para além dos reflexos na vida familiar, a notificação é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência em família, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência, e ainda permite desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento da dinâmica da violência em família. (GONÇALVES; FERREIRA, 2002, p.316)

Além disso, este instrumento concretiza uma relação do setor saúde com o sistema de garantia legal de direitos, possibilitando um trabalho intersetorial e multiprofissional.

Porém, a questão da notificação de violência doméstica, sobretudo, contra crianças e adolescentes, é perpassada por inúmeras contradições e discussões. A primeira se origina da questão cultural de se entender que assuntos familiares, são privados e devem se resolvidos neste espaço.

Existem outros impeditivos para que tal notificação ocorra como a “relutância de alguns médicos em reconhecer e relatar o abuso, a insistência de tribunais por regras estritas de evidência e o medo da dissolução da família com a revelação” (FURNISS, 1993;

ZAVASCHI et al, 1991 apud HABIGZANG et al, 2006). Ou ainda, o argumento da questão ética dos profissionais envolvidos no atendimento à tal problemática, o desconhecimento da obrigatoriedade da notificação, a falta de aporte de conhecimento para identificar os maus-tratos, a não confiabilidade das intervenções que serão feitas por outros profissionais ou órgãos que deveriam garantir os direitos de tais crianças e adolescentes, o medo de represálias, a falta de comprometimento profissional, a dificuldade pessoal do profissional em lidar com o tema, entre outros.

As várias questões que subjazem tal temática e a sua complexidade, não descartam a importância da notificação, pois:

é fundamental para o acompanhamento dos casos, uma vez que a equipe passa a ter um parceiro para dividir as medidas a serem tomadas, e tem a quem recorrer em situações de risco que porventura surjam durante o acompanhamento. Além disso, a notificação contribui para fazer cessar ou diminuir a situação de abuso, uma vez que essa passa a ser também objeto da ação legal. (FERREIRA, et al, 1999, p.123)

Devido aos entraves para o processo de notificação, é conhecido no país que há uma problemática de subnotificação da violência no Brasil, sobretudo a que se refere à violência contra crianças e adolescentes, de forma geral, dando seu agravamento por fatores externos, de responsabilidade social, que poder ser viabilizados por decisões político-administrativos. (COSTA et al, 2007). “Estima-se que apenas 20% dos casos de maus-tratos sejam denunciados. A notificação dos casos a órgãos competentes é uma prática pouco exercida pela comunidade e o pacto do silêncio paira trazendo danos à criança e sua família”. (WEBER et al, 2002, p. 164)

A subnotificação dos casos de violência contra crianças é um problema grave, na medida em que é partir de dados epidemiológicos que os governantes pautam as ações sociais de prevenção. Ao se mostrar como uma realidade desconhecida, ou mal conhecida, acaba por se configurar como mais uma forma de violência, que opera no nível estrutural: a invisibilidade (que vem acompanhada pelo descaso). (AZAMBUJA, 2005, p.11)

Tal invisibilidade pode nos fazer supor em dado momento a inexistência desta expressão da questão social (VDCA). Porém, sabemos que a VDCA está bastante presente em nossa realidade e que precisamos discutir os mecanismos possíveis de publicização desta, para potencializar sua saída do “estado de coisa” para seu reconhecimento como problema a ser enfrentado.

## 2.2 Notificação – Reflexões sobre a temática

Quando nos remetemos ao tema notificação é necessário destacar que é um procedimento que envolve o desvelamento de uma complexidade de questões, como questões de classe, de cor, etnia, de gênero, de orientação sexual, de etapa da vida, de cultura, que a priori não é desvelada na notificação, mas que está presente em suas entrelinhas. Além disso, há o componente cultural e simbólico que tem uma significação bastante importante e deve ser levado em consideração.

Todos os sujeitos envolvidos em um processo de notificação, isto é, profissionais, crianças e adolescentes e possíveis perpetradores (que por caracterizar-se violência doméstica seriam seus familiares, de forma, preponderante, os pais) têm formas de subjetivação, modo de conceber a vida, a maternidade, a paternidade, a infância, de inserção social diferenciadas, que precisam ser desnudadas tanto para entender a violência doméstica, quanto para traçar direcionamentos para o tratamento das vítimas e perpetradores e propor políticas mais eficientes para o enfrentamento de tal problemática.

Os dados de notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes trazem implícitas questões de gênero, raciais, geracionais, entre outras. A violência física ocorrida em âmbito doméstico contra crianças e adolescentes é o tipo de violência de maior ocorrência<sup>15</sup>. Além disso, outras pesquisas<sup>16</sup> realizadas em âmbito nacional mostram que tal violência é perpetrada em sua maioria pelas mães.

Para tentar entender tal resultado podemos retomar a formação social da família brasileira, que tem como modelo a família patriarcal, em que o homem-pai é detentor de todo o poder e as mulheres e crianças ficam subjugadas. Neste modelo há uma divisão sexual de papéis familiares, em que aos homens cabe o provimento do sustento familiar através do trabalho, situando-se no espaço público, e condiciona às mulheres (mães) a função de reprodução social dos filhos, sendo responsáveis pelo cuidado e formação dos filhos, tornando-se então a representante legítima do espaço privado, ou seja, da casa. Porém, tão função e cuidado, por vezes, é exercido de forma não dialógica, mas sim através da violência física que é uma forma de comunicação entre os sujeitos envolvidos, nesse caso específico, pais e filhos.

---

<sup>15</sup> Disque Denúncia 100 referentes aos anos 2007, 2008 e 2009 (ver gráfico 1).

<sup>16</sup> Ver: BARROS, 2005.

A violência é uma forma de comunicação e de relação interpessoal. Quando numa casa se observam maus-tratos e abusos contra algum de seus moradores, é quase certo de que todos acabam sofrendo agressões, embora com diferenciações hierárquicas. Estudos têm mostrado que as crianças são as maiores vítimas, pois a raiva, os ressentimentos, as impaciências e as emoções negativas dos outros membros as atingem como se elas fossem uma válvula de escape. Por isso, alguns autores falam que a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes costuma ser funcional, provocando uma espécie de homeostase. Sua fragilidade física e de personalidade as tornam alvos fáceis do poder dos adultos. (SANCHEZ; MINAYO, 2006, p.33)

Além disso, há uma tendência cultural no país de se utilizar a palmada como um mecanismo de educação das crianças e adolescentes, prática essa já naturalizada em nosso meio e justificada como “um importante instrumento de correção, um recurso educativo, pois só assim as crianças podem ser educadas e moldadas nos princípios socialmente instituídos; também seria a única forma de estabelecer limites precisos”. Desconstruir tal concepção tem se tornado um desafio, sobretudo, a partir da criação do Estatuto da Criança e Adolescentes. (BARROS, 2005, p.54)

Em outra perspectiva, também podemos entender o fato da violência física contra crianças e adolescentes em âmbito doméstico ocorrer principalmente pelas mães. Além destas serem responsáveis diretas pelo cuidado e educação dos filhos, nas últimas décadas, a partir da sua inserção no mercado de trabalho, estas têm adquirido outras funções a não ser cuidar dos filhos, tendo passado a acumular funções como o cuidado, a provisão do sustento, a educação, e são penalizadas pela inexistência de uma rede de proteção secundária que deveria prover suporte para as mesmas e as suas famílias, acabam ficando sobrecarregadas. O fruto desse processo é a violência doméstica contra seus filhos.

Outra questão que visualizada a partir das pesquisas, referente à violência sexual é que os principais perpetradores quando ocorrem em âmbito doméstico são os pais ou padrastos<sup>17</sup>. Isto pode ser explicado, mesmo que parcialmente pela questão do poder dos homens na sociedade brasileira, tendo novamente como aporte a família patriarcal burguesa em que as relações de poder são estabelecidas com o predomínio do poder dos homens e a subjugação das mulheres e das crianças. Aos homens são atribuídas características do masculino, a força, a agressividade, a dominação e a mulher, características femininas, entre elas a passividade, a fragilidade, a suavidade. Há uma tendência em naturalizar tal divisão, tendo como argumento as diferenças físicas e biológicas entre homens e mulheres, porém é importante que entendamos que tal concepção é uma construção histórica, social e cultural que se engendrou

---

<sup>17</sup> Consultar RIBEIRO et al, 2004 e DREZETT et al, 2001

para uma determinada intencionalidade. Tal status foi denominado por Bourdieu (2009a) como dominação masculina.

A primazia universalmente concedida aos homens se afirma na objetividade de estruturas sociais e de atividades produtivas e reprodutivas, baseadas em uma divisão sexual do trabalho de produção e reprodução biológica e social (...) A representação androcêntrica da reprodução biológica e da reprodução social se vê investida da objetividade do senso comum, visto como senso prático, dóxico, sobre os sentidos das práticas. E as próprias mulheres aplicam toda a realidade e, particularmente, às relações de poder e que se expressam nas oposições fundantes da ordem simbólica. Por conseguinte, seus atos de conhecimento são, exatamente isso, atos de reconhecimento prático, de adesão dóxica, crença que não tem que se pensar e se afirmar como tal e que “faz”, de certo modo, a violência simbólica que ela sofre. (BOURDIEU, 2009a, p.45)

No caso específico da violência contra crianças e adolescentes além da questão de gênero, outras formas de hierarquização construídas e legitimadas socialmente e culturalmente fazem-se presentes, como por exemplo, as regras de autoridade e de idade. “A regra da autoridade determina o domínio do mais forte sobre o mais fraco, (...). A regra de idade, de um lado rege as relações entre crianças e adolescentes e, do outro, as relações entre adultos detentores de poder e desses sobre os primeiros, socialmente excluídos do processo decisório” (RIBEIRO et al, 2008, p.117)

Como forma de legitimar tais relações de poder há o uso da força através da violência. Isso pode explicar, não dispensando outros condicionantes, o porquê da maior incidência da violência sexual ocorrer contra meninas (crianças e adolescentes).

Considerando então que por trás das notificações existem questões mais amplas que necessitam ser evidenciadas, no que concernem às crianças e adolescentes e seus familiares perpetradores da violência, podemos afirmar que o mesmo ocorre com os profissionais que irão atender a tal público nos serviços de saúde. Logo, a identificação e a notificação da VDCA por estes não é um procedimento isento de significações, o que torna necessária sua discussão mais aprofundada, como faremos a seguir.

### **2.2.1 A notificação e os profissionais da saúde**

A violência doméstica contra crianças e adolescentes também deve ser analisada levando-se em consideração os sujeitos sociais responsáveis pela identificação/notificação da violência doméstica, nesse caso, os profissionais de saúde.

A questão da notificação no interior das profissões da área da saúde é emblemática. Primeiramente, devido a uma questão mais ampla que permeia a discussão da violência doméstica, que concerne à cultura de relacionar o âmbito doméstico como espaço privado, logo, de não intromissão, e em consequência disso, de não discussão.

Somado a isso existe a questão da formação de tais profissionais que não abarca o tema família, nem formas de identificação e tratamento da violência contra crianças e adolescentes. Além disso, há a questão das particularidades de cada profissão da saúde, e das perspectivas teóricas, políticas e éticas em que estão assentadas.

Outra variável concerne no fato de cada profissional enquanto ser social, sujeito histórico, possuir uma subjetividade diferenciada, um processo de formação cultural e social, que traz influências para sua forma de conceber o mundo, a vida, as relações sociais e a sociedade e a partir dessa concepção agir de uma forma e não de outra.

Todas essas variáveis interferem numa decisão dos profissionais de saúde em notificar ou não uma violência doméstica contra crianças e adolescentes no seu âmbito de trabalho. E ainda, existem fatores externos que também podem condicionar tais decisões como, por exemplo, a credibilidade dos órgãos de defesa da criança e do adolescente, de maneira especial, os Conselhos Tutelares, que em certos casos contam com conselheiros e equipes que agem mais no sentido de violação dos direitos desses sujeitos do que da proteção dos mesmos.

A partir da obrigatoriedade da notificação com o Estatuto da Criança e do Adolescente e no caso específico do Estado do Rio de Janeiro com a resolução de 1999, os profissionais de saúde começaram a ser chamados a responder a tal demanda e várias questões surgiram e ainda encontram-se não solucionadas conforme relatos de profissionais em pesquisas de diversas áreas no que se refere à notificação da VDCA. As questões mais preponderantes são o impasse entre o sigilo profissional e a obrigatoriedade da notificação, a falta de capacidade técnica de tais profissionais em identificar os vários tipos de violência, sobretudo, as que não deixam marcas visíveis como a negligência e a violência psicológica. Além da questão que

parece ser a mais instigante que é a consideração do problema como algo privado e como tal a ideia que deve ser resolvido nesse âmbito.

Abelha (2009, p.364) aponta que,

Existe não só uma falta de consciência dos profissionais a respeito da dimensão do problema, mas também dificuldade destes em registrarem e notificarem os casos às autoridades responsáveis, principalmente por: falta de preparo para identificar e lidar com os casos de maus-tratos, abusos e negligência; receio de envolvimento e conseqüentemente problemas com a justiça ou retaliações por parte do agressor; falta de suporte para realizar atendimentos adequados a estes casos, em função da grande demanda; tradição de uma prática que se restringe ao atendimento das patologias, sem questionar as causas; descrença no poder público e na real possibilidade de intervenção nestes casos; visão de que se trata de um problema da família, não sendo de responsabilidade da instituição de saúde; e ainda receio de equívocos e subseqüente notificação de uma suspeita infundada.

Considerando estas discussões é importante pontuar que a notificação de violência contra crianças e adolescentes não pode ser reduzida a um instrumento burocrático, neutro e vazio de significações. Não se trata apenas de decidir se notificar ou não. Mas, entender que esse processo envolve sujeitos, que são particulares e singulares, que têm diferentes trajetórias de vida, concepções de mundo, formas de inserção social, e que recebem influências na formação de suas subjetividades a partir da cultura e da sociedade em que vivem.

Tendo como referência as considerações acima, torna-se necessário que discutamos mais amplamente a questão da notificação na sociedade, sobretudo, entre os profissionais que tem a responsabilidade em realizá-la, de forma, que como instrumento de mensuração do fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes, possa ser implementado efetivamente, possibilitando o conhecimento real da incidência de tal problemática, para assim subsidiar propostas para o seu enfrentamento.

### **2.2.2. VDCA, intersetorialidade e integralidade**

Um ponto importante a ser discutido é a imprescindibilidade da intersetorialidade e da integralidade ao lidar com o tema da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Afinal de contas, a mera identificação e notificação da VDCA pelos profissionais de saúde não tem sentido se não houver ações continuadas. Entendemos tais ações como as desenvolvidas pela Saúde em intersecção com outros setores das políticas sociais como a

Educação, a Assistência Social, a Cultura, e o Setor Judiciário, dada a complexidade da temática.

Atuar diante da violência doméstica contra crianças e adolescentes implica trabalhar com intersectorialidade, aqui entendida

Como uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas visando à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais para produzir efeitos significativos na saúde da população, e exige a articulação entre sujeitos de diferentes setores sociais e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos (REDE UNIDA, 2000; JUNQUEIRA, 2004 apud NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p.279 ).

É inegável a precedência do setor Saúde no enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Porém, é necessário que outras políticas setoriais se responsabilizem por tal questão, já que apenas um setor trabalhando em prol da resolução de uma questão social não dará conta, assim como, se não houver um trabalho em redes, articulado destas políticas, não deixando também de considerar atores como as organizações não-governamentais, os movimentos sociais, entre outros. “A possibilidade da existência da intersectorialidade está na faculdade de reconhecimento dos limites de poder e de atuação dos setores, pessoas e instituições”, na interlocução entre as diferentes especialidades e na co-responsabilização. (COSTA et al, 2006, p.107)

Apesar da obrigatoriedade da notificação que inclui também a Educação, um dos setores que mais realiza a notificação é o da Saúde. É importante que haja um trabalho que abarque os diversos setores sociais e governamentais, deixando explícito que é de responsabilidade de todos, o enfrentamento de problema tão grave. Uma das possibilidades é a criação de um Comitê que abarcasse representantes de Políticas relacionadas à questão da violência contra crianças e adolescentes, de forma, que ações em prol não só da notificação de tal violência, assim como, estabelecendo ações a serem tomadas em nível de medidas protetivas após ocorrência (tratamento), assim como, na prevenção da mesma. Quando falamos de prevenção e promoção nos aportamos também ao conceito de integralidade que é um dos outros princípios a ser considerado nesse caso específico.

A integralidade a que nos referimos é denominada por Pinheiro e Matos,

Como princípio dotado de vários sentidos que consistem tanto na abordagem do indivíduo na sua totalidade como parte de um contexto social, econômico, histórico e político, quanto na organização de práticas de saúde que integrem

ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Além de garantir acesso aos diferentes níveis de complexidade da atenção em saúde, oferece respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma população e não unicamente a um recorte de problemas” (PINHEIRO; MATOS, 2001 apud NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p.278).

Trabalhando a violência diretamente no setor Saúde, na perspectiva da integralidade, temos ações tanto de prevenção, quanto de assistência, tendo estas impactos diferenciados, sendo eles: “as atividades assistenciais respondem por parte dos usuários, enquanto as ações preventivas se enquadram na perspectiva de modificar o quadro social de uma doença, podendo inclusive modificar a demanda futura dos serviços assistenciais”. (MATTOS, 2007, p.55).

Utilizamos a integralidade por analogia a outras políticas sociais que podemos trabalhar com promoção e prevenção como Assistência Social e Educação, por exemplo.

Logo, retornando à intersetorialidade e a integralidade, temos no campo da Assistência Social a maioria dos programas de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, já que o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) é onde temos os serviços oferecidos nos casos de violação de direitos, como é o caso dos serviços referentes à violência doméstica. Tais serviços devem funcionar em “articulação com o Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos Tutelares e outras Organizações de Defesa de Direitos das Crianças e Adolescentes, com os demais serviços socioassistenciais e de outras políticas públicas, no intuito de estruturar uma rede efetiva de proteção social”. (BRASIL, 2011)

Porém, na prática o que vemos é uma defasagem dos serviços de atendimento as crianças e adolescentes vitimizados pela violência doméstica e aos seus familiares, já que com a implementação do Sistema Único da Assistência Social, alguns programas que tratavam destes casos específicos foram desativados, sendo tal demanda direcionada para atendimento nos CREAS, que não estão totalmente implementados no país e que a nosso ver, devido uma grande quantidade de demandas diferenciadas, não conseguem trabalhar com os sujeitos envolvidos em VDCA de forma especializada.

Outra diretriz para o trabalho com a questão da VDCA é o trabalho interdisciplinar no interior dos serviços tanto de Saúde onde é identificada e notificada a violência doméstica contra crianças e adolescentes, quanto nos serviços de atendimento às pessoas envolvidas na VDCA. A interdisciplinaridade se caracteriza por uma relação de reciprocidade entre as diferentes especialidades. Com ela é possível o estabelecimento de diálogo entre profissionais

com formações diferentes que podem ser complementares, e tenderem para o encaminhamento da problemática da VDCA com o foco na criança e adolescente vitimizada, assim como, em sua família.

Em suma, dada a complexidade do fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes, torna-se mister a cooperação tanto dos profissionais de diferentes formações no atendimento a tais sujeitos e seus familiares, como na co-responsabilização dos setores das políticas no enfrentamento da problemática, de forma que as respostas dadas aos casos levem em consideração a integralidade das ações, para a defesa dos direitos deste grupo.

### **2.2.3 – Notificação, VDCA e saúde mental das crianças e adolescentes**

A violência doméstica sofrida ou até mesmo assistida pelas crianças e adolescentes traz implicações para seu desenvolvimento físico, social e, sobretudo, mental. Considerando tal dado nos aportaremos à discussão breve das consequências da VDCA na saúde mental das crianças e adolescentes, já que esta temática está diretamente relacionada ao processo de identificação e notificação nos serviços de saúde, que é o nosso tema de estudo nessa dissertação.

Segundo Assis et al (2009),

para a criança e o adolescente, tanto o testemunho quanto a real vitimização de situações violentas podem afetar sua emoção e afeto, seu comportamento e a percepção do mundo que vive, podendo abalar alicerces básicos para o desenvolvimento mais saudável, com repercussões prováveis até na vida adulta. Todavia, a intensidade e o histórico de vitimizações, o tipo de relação existente entre o agressor e a criança ou o adolescente, o contexto no qual a situação violenta ocorre, o entorno protetor de vida desses jovens, bem como as características individuais deles e dos cuidadores são fatores que conformam o prejuízo da violência sobre sua saúde física e mental.

De forma geral, crianças e adolescentes que tenham vivenciado VDCA podem apresentar comportamentos externalizantes ou internalizantes. Os comportamentos internalizantes são aqueles relacionados às desordens emocionais como “depressão, ansiedade, desordens obsessivo-compulsivas e somatização, em que os sinais estão especialmente internalizados nos indivíduos”. Os externalizantes, por sua vez, referem-se às

desordens de comportamento disruptivo “como conduta desafiadora excessiva e transtornos de conduta-agressividade a pessoas e animais e comportamento transgressor, em que as condutas estão dirigidas para o outro”. (ibid, p. 353). Tais comportamentos necessitam ser identificados para que medidas para sua solução sejam realizadas, como por exemplo, o encaminhamento das crianças e adolescentes para tratamento específico, de maneira que se minorem os agravos em sua saúde mental.

Podem apresentar ainda características como atraso no desenvolvimento da fala, ou da aprendizagem, distúrbios emocionais, agressividade, hiperatividade, comportamentos não correspondentes com a sua idade, baixo autoestima, problemas de relacionamento nos ambientes em que se insere, ideação suicida, distúrbios alimentares, abuso de substâncias psicoativas, entre outros.

Alguns estudos<sup>18</sup> realizados no país identificaram a maior incidência de comportamentos externalizantes em crianças e adolescentes do sexo masculino, enquanto os internalizantes acometiam com maior frequência sujeitos do sexo feminino.

Além disso, cada tipo específico de violência doméstica contra crianças e adolescentes podem trazer consequências diferenciadas para a saúde mental desses sujeitos. Como exemplo, podemos citar que a violência sexual é um dos tipos de violência que traz consequências mais graves para a saúde das crianças e adolescentes. Segundo Sanchez e Minayo (2006, p. 34),

há uma variedade de sintomas associados, dependendo da idade, das condições psicológicas das vítimas, da sua história anterior, do grau de parentesco com o abusador e da frequência e repetição do ato. Observa-se, em geral, que as vítimas têm mais dificuldade de aprendizagem, distúrbios de comportamento como dispersão, fobias e terror noturno, comportamentos autodestrutivos, isolamento social, precoces atitudes erotizadas com interesse por brincadeiras sexuais, dificuldade para fazer amizades, baixa auto-estima e depressão.

No que concerne à violência psicológica, esta também pode ocasionar sintomas como “agressividade, passividade, hiperatividade, depressão e de baixa auto-estima. Ou ainda, aumentar nos jovens, as dificuldades de lidar com a sexualidade”. (ibid, p.35)

Dados os efeitos deletérios da violência doméstica contra crianças e adolescentes é importante pensarmos no papel da notificação de tal violência, já que acreditamos que a partir

---

<sup>18</sup> Ver em: ASSIS, 2007; GRAMINHA, 1994

da identificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes nos serviços de Saúde que será possível a interrupção do abuso e o atendimento destes sujeitos pelos serviços de Saúde Mental, minorando os efeitos de tal violação de direitos. Cabe ressaltar que quanto menos expostos forem as crianças e adolescentes a práticas de violência, menores serão os efeitos sofridos, e mesmo, a cronificação dos transtornos mentais oriundos de tal problemática.

É importante frisar também a necessidade real de estruturação dos serviços de Saúde Mental para atendimento de tal demanda, já que na realidade brasileira temos uma defasagem de serviços de tal natureza (Saúde), sobretudo, direcionado a este público alvo. Tal estruturação só será possível quando, no país, tivermos dados mais fidedignos sobre o fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes, logo, isso só será palpável a partir das notificações pelos profissionais que hoje são obrigados a realizar tal procedimento conforme o ECA, de forma especial, os da Saúde.

### **2.3 Retratando alguns dos programas e ações de enfrentamento da violência no Brasil**

Devido aos dados alarmantes dos acidentes e violências no país, várias medidas foram tomadas, sobretudo, a partir dos anos 1990 de maneira a enfrentar tais problemáticas. Ações essas tanto envolvendo campos separados de políticas sociais, sendo os mais preponderantes planos e programas relacionados à área da saúde (já que tais fenômenos foram reconhecidos como problemas de saúde pública), quanto envolvendo políticas intersetoriais.

Como exemplo de tais ações podemos citar a elaboração da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências em 2001, a qual pontua que “os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população” (BRASIL, 2001, p.07) Além da adoção de outras medidas como a criação do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, o Programa Nacional de Direitos Humanos em 1996, o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil em 2002, dentre outros.

Um das mais recentes ações da área da Saúde se refere à criação do Sistema de Serviços Sentinela de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) em 2006. Tem como

objetivo identificar e conhecer a magnitude e gravidade das violências e acidentes atendidos nas unidades de urgência e emergência e serviços de referência de violências. O Sistema permitiria identificar vários tipos de violências e acidentes como: acidentes de trânsito, de trabalho, afogamentos, quedas, intoxicações, trabalho infantil, violência doméstica nas suas quatro caracterizações, entre outras.

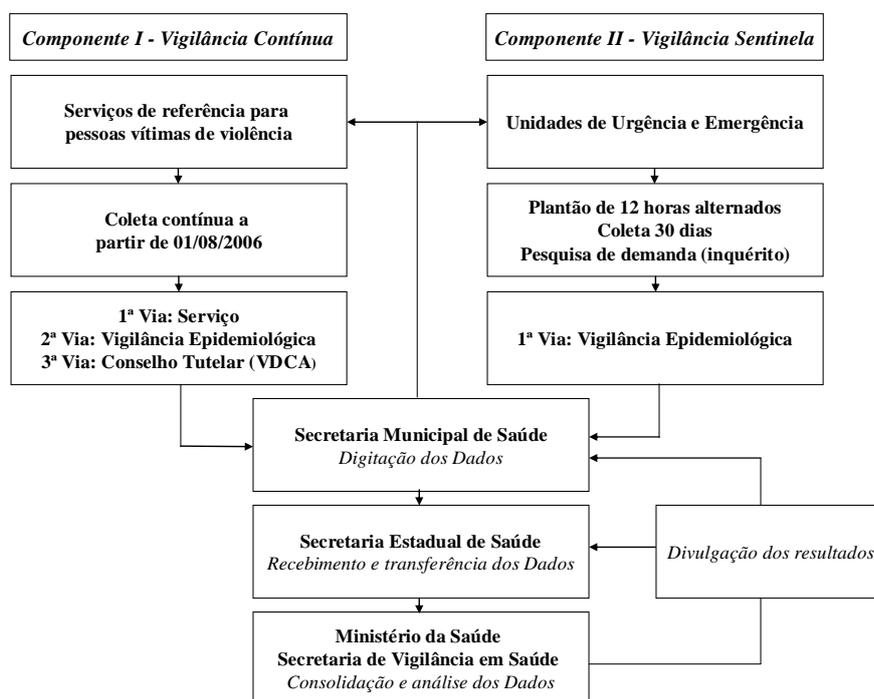
É formado por dois componentes, sendo um de vigilância contínua e outro pontual. A primeira é realizada através da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (ver em Anexo IV). Sua notificação é compulsória em situações de violência contra criança e/ou adolescente, mulher e pessoa idosa. Trata-se de uma ficha de notificação única para os tipos de violência doméstica. Segue o mesmo fluxo que as fichas anteriores utilizadas para tal fim, ou seja, nos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes (ver figura 1), a primeira via deve ficar retida na unidade notificadora para servir de registros, outra via para o setor de Vigilância Epidemiológica do município e a terceira deve ser enviada para o Conselho Tutelar, de forma que as medidas cabíveis no que concerne a garantia dos direitos das crianças e adolescentes sejam tomadas.

Quando se trata de violência doméstica contra a mulher a primeira via deve ficar retida no serviço notificador para servir de registros e segunda via para o setor de Vigilância Epidemiológica do município.

No que tange a violência doméstica contra os idosos segue o mesmo fluxo da violência contra a mulher. Cabe pontuar, que não existe um fluxo definido no que se refere ao envio da terceira via para os órgãos de defesa dos direitos, nos casos da violência doméstica contra a mulher ou contra os idosos. Porém, no caso dos idosos, o Estatuto do Idoso estabelece que as autoridades devem ser notificadas quando casos deste tipo ocorrerem.

Já o componente de vigilância pontual ou sentinela tem como instrumento a Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência (ver em Anexo V). É realizada por inquéritos hospitalares e/ou pesquisas periódicas, por amostragem, nos serviços de urgência e emergência. Em 2007 foi realizada a coleta por 30 dias nos serviços sentinelas que aderiram ao VIVA. O fluxo do sistema VIVA está representado na figura 1.

**Figura 1 – Componentes do VIVA**



**Fonte: BRASIL, 2010**

A participação dos serviços no VIVA se dá pela adesão do município ao sistema. Para tanto existem critérios que foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Sendo estes

a) altas taxas de morbidade e mortalidade por acidentes e violências, considerando o *ranking* das violências, definido a partir do SIM/Datasus; b) prioridades estabelecidas pela matriz de exploração sexual do Programa de Atividades Integradas Referenciais (Projeto PAIR) definida pela Secretaria Especial de Direitos Humanos – SEDH; c) municípios prioritários definidos pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; d) municípios prioritários definidos pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; e) municípios prioritários de prevenção de violências e exploração sexual definidos pela área técnica de Saúde da Mulher/Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde; f) municípios prioritários de prevenção de acidentes de trabalho e municípios sentinela definidos pela área técnica de Saúde do Trabalhador/ Secretaria de Assistência à Saúde/ Ministério da Saúde; g) existência de Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; h) existência de serviço de emergência hospitalar e de referência ao atendimento às vítimas de violência; i) participação no projeto-piloto do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância à Saúde que testou a Ficha de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher (e outras Violências Interpessoais); j) participação no Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito; l) decisão política e capacidade técnica e de gestão.

Assim sendo, em 2007 tivemos a adesão de pelo menos um município de todos os estados brasileiros ao VIVA, conforme o quadro 1 a seguir

Quadro 1 - Serviços que aderiram ao VIVA em 2006, conforme tipos de serviços por municípios e Estados.

Estados	Municípios	N. Serviços emergência	N. Serviços Violência
Acre	Rio Branco	1	1
Alagoas	Maceió	2	1
Amazonas	Manaus	2	2
Bahia	Salvador	2	2
Ceará	Fortaleza	2	7
	Sobral	1	37
Distrito Federal	Brasília	1	1
Espírito Santo	Serra	3	2
	Vitória	1	1
Goiás	Goiânia	1	-
Maranhão	São Luís	2	8
Mato Grosso do Sul	Campo Grande	1	9
Mato Grosso	Cuiabá	1	1
	Várzea Grande	1	-
	Alto Floresta	1	-
Minas Gerais	Belo Horizonte	2	1
Paraíba	João Pessoa	2	1
Paraná	Curitiba	1	3
Pernambuco	Recife	3	3
	Olinda	2	6
Piauí	Teresina	1	-
Rio Grande do Norte	Natal	1	-
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	1	1
Rondônia	Porto Velho	3	3
Santa Catarina	Florianópolis-	2	-
São Paulo	Santo André	2	8
	Guarulhos	2	-
	São José do Rio Preto	2	1
	Ribeirão Preto	2	12
	Diadema	2	-
	Jundiaí	2	4
	Campinas	3	3
	Sorocaba	3	1
	São Bernardo do Campo	-	5
	Caçapava	-	1
	São José dos Campos	-	2
	Santos	-	12
	Guarujá	-	1
	Ubatuba	-	3
	Cubatão	-	4
	Paraibuna	-	1
	Ipaussu	-	1
	Rio Grande da Serra	-	4
	Britiba Mirim	-	1
	Ferraz de Vasconcelos	-	1
Marília	-	1	
Barbosa	-	1	
Araçatuba	-	1	
Sergipe	Aracajú	3	1
Tocantins	Palmas	2	2
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>63</b>	<b>161</b>

Fonte: GAWRYSZEWSKI et al, 2006

Elaboração Própria

Segundo Gawryszewski et al (2006, p. 1272), os propósitos de tal sistema seriam

Caracterizar o perfil das pessoas vítimas de violências sexual, doméstica e outras violências interpessoais; Caracterizar o perfil dos atendimentos decorrentes de acidentes e violências nos serviços de emergências hospitalares selecionados; Validar a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Sexual, Doméstica e/ou outras Violências Interpessoais e a ficha de Notificação de Acidentes e Violência em Unidades de Urgência e Emergência; Testar a operacionalização do sistema e Utilizar a informação na definição de políticas públicas.

A implementação do VIVA, sem dúvida alguma é um avanço no que concerne ao conhecimento e publicização dos acidentes e violência no país, constituindo-se algo extremamente importante para enfrentamento destas problemáticas.

Porém, é necessário que se transcenda o objetivo de criar dados epidemiológicos, buscando também estruturar políticas públicas para enfrentamento tanto dos acidentes e violências de forma geral, quanto principalmente da violência doméstica. Garantir que haja um fluxo das informações acerca destas problemáticas parece imprescindível, mas há de se pensar em formas de indução para que grande parte dos municípios possa aderir ao Sistema, e ainda, minimamente prover capacitação dos seus técnicos para o conhecimento tanto das fichas de notificação, esclarecendo suas finalidades, quanto ao fluxo, levando em consideração não apenas a geração de informações em saúde, mas, também garantindo que tal fluxo contemple a notificação aos órgãos de garantia dos direitos, de forma, que as conseqüências da violência possam ser minoradas com o tratamento das vítimas e perpetradores.

## **CAPÍTULO III**

### **SERVIÇOS DE SAÚDE DE URGÊNCIA E A NOTIFICAÇÃO DA VDCA**

Neste capítulo iremos nos aportar a pesquisa de campo do referido trabalho, primeiramente apresentando a trajetória metodológica e em seguida apresentando os dados referentes ao levantamento das fichas de notificação compulsória de violência doméstica contra crianças e adolescentes nos serviços de saúde de urgência elencados e perfazendo as análises correspondentes. Por fim, relataremos sobre as entrevistas realizadas com os profissionais de saúde de tais serviços, discutindo seus posicionamentos, tendo como referência a base legal dos direitos das crianças e adolescentes, que é o Estatuto da Criança e do Adolescente e os estudos já existentes sobre a temática.

#### **3.1 A trajetória desenvolvida: apresentando a metodologia**

Ao discutirmos a questão da atuação dos profissionais de saúde dos serviços de urgência diante dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes que chegam a tais serviços procuramos realizar um estudo de caráter qualitativo, pois consideramos tal forma de estudo como uma importante via de acesso a um campo repleto de questões tanto objetivas quanto subjetivas, ou seja, a violência contra crianças e adolescentes, que exige um olhar que engloba toda uma gama de complexidade para sua análise.

Assim, para melhor elucidar o objeto deste estudo, a pesquisa desenvolvida foi subdividida em duas partes.

A primeira compõe a pesquisa de campo qualitativa na qual utilizamos como técnica entrevistas semi-estruturadas com os profissionais das unidades de saúde (pediatra,

enfermeiro, assistente social e psicólogo) ligadas à Fundação João Barcelos Martins (Hospital de Travessão e Posto de Urgência de Guarus), de forma, a levantar uma discussão sobre a atuação desses profissionais diante dos casos de violência contra crianças e adolescentes.

Tais unidades de saúde foram selecionadas como campo da pesquisa levando-se em consideração a questão territorial (urbano e rural) e a sua especificidade, ambas são unidades de urgência de atendimento. Tal escolha se deriva do desejo de querer avaliar se a questão territorial tem influências na forma de entender a temática da violência doméstica contra crianças e adolescentes tanto pela população usuária quanto pelos profissionais de saúde nesses espaços alocados, assim como, na sua frequência. Além disso, o espaço rural aqui representado tem características diferenciadas do urbano, já que há um menor acesso às políticas sociais públicas no primeiro espaço devido à distância da região central do município.

Outra parte refere-se à análise das fichas de notificação compulsória de violência doméstica contra crianças e adolescentes, assim como, os relatórios realizados pelos profissionais de saúde, levantando a estatística sobre tal problemática, além de identificar os principais tipos de violência perpetrados contra as crianças e adolescentes identificados pelos profissionais nas unidades de saúde.

A pesquisa de campo foi realizada nos meses de novembro de 2010 a março de 2011 nas unidades de saúde supramencionadas, situadas no município de Campos dos Goytacazes. A realização da pesquisa em tal período se deu pela necessidade de buscar alguns dados referentes ao final de 2010 e a dificuldade encontrada para acessar alguns dos profissionais baseado nos critérios para seleção dos mesmos.

As fichas de notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes e relatórios analisadas compreenderam o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2010 e teve como objetivo de identificar quais os tipos de violência de maior prevalência, as ações diante das situações, as formas de notificação, a sistematização dos dados nos casos em questão, além dos profissionais envolvidos no processo de identificação/notificação.

Os sujeitos do estudo foram selecionados pelos seguintes critérios: ser das seguintes categorias profissionais de nível superior (Serviço Social, Enfermagem, Pediatria e Psicologia), consentir em participar da pesquisa, e de preferência trabalhar em dias não coincidentes, já que entendemos que caso trabalhassem no mesmo plantão haveria uma maior possibilidade de fazerem parte de uma equipe que teriam todos o hábito de notificar ou não.

Em dias não coincidentes a probabilidade de entrevistar profissionais que não trabalham conjuntamente seria maior, aproximando assim da real representatividade.

A partir desses critérios, foram inicialmente definidos para serem abordados oito profissionais, dois de cada categoria profissional, um em cada unidade de saúde, porém, no decorrer da pesquisa não foi possível contemplar entrevista com dois psicólogos, dado o fato de não existir essa categoria em um dos serviços elencados.

No que se refere ao critério de não coincidência de plantões obtivemos a totalidade dos profissionais trabalhando em plantões diferenciados.

De forma a garantir o anonimato e ao mesmo tempo explicitar a categoria profissional abarcada, iremos nos referir no decorrer do trabalho aos profissionais da seguinte forma: P – pediatra, PS – psicólogo, A – assistente social e E – enfermeiro. E ainda, de maneira a diferenciar os profissionais de mesma categoria, utilizaremos os números 1 e 2 após as letras identificadoras.

### **3.1.1 Conhecendo o campo da pesquisa**

A pesquisa de campo realizada nessa dissertação tem como campo dois serviços de saúde de urgência (Hospital de Urgência de Travessão e Posto de Urgência de Guarus) do município de Campos dos Goytacazes - RJ. Para tanto, se faz necessário entendermos a caracterização destes, de forma a procedermos à melhor reflexão do tema que propomos discutir.

Campos dos Goytacazes é um município localizado na Região Norte Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, que compreende também os municípios de Macaé, Cardoso Moreira, São João da Barra, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, Carapebus, Conceição de Macabu e Quissamã (ver mapa 1).

Mapa 1 – Mapa dos municípios da Região Norte Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Disponível em : <[http://www.webbusca.com.br/pagam/campos\\_goytacazes/mapa\\_camposdosgoytacazes.gif](http://www.webbusca.com.br/pagam/campos_goytacazes/mapa_camposdosgoytacazes.gif)> Acesso em: 15 de março 2011

É a maior cidade do interior do estado, contando com uma população de 463.545 habitantes (CENSO 2010). Tem catorze 14 distritos sendo eles: Campos dos Goytacazes, Dolores de Macabu, Ibitioca, Morangaba, Morro do Coco, Mussurepe, Santa Maria, Santo Amaro de Campos, Santo Eduardo, São Sebastião de Campos, Serrinha, Tocos, Travessão de Campos e Vila Nova de Campos, conforme mapa 2 em anexo

Tal município representa, na história da economia fluminense, uma referência em termos de produção açucareira, chegando a ocupar o segundo lugar na produção (conta com seis usinas de álcool e açúcar, do total de sete no estado). Concentra, ainda, a maior parte da indústria cerâmica fluminense.

Porém, desde 1974, quando foi descoberto um grande campo de petróleo sua economia tem como maior atividade a produção petrolífera. Na atualidade é o município de maior produção de petróleo, compondo a bacia petrolífera de Campos, responsável por mais de 80% da produção nacional. Como todos os municípios pertencentes à zona de produção principal, Campos recebe compensações financeiras provenientes da atividade petrolífera, os

chamados royalties, que tem representado mais da metade das receitas totais. (FERNANDES, 2007)

Apesar de ser o maior beneficiário dos royalties pela exploração de petróleo o município amarga os piores indicadores sociais do estado do Rio de Janeiro, sobretudo, se comparado aos municípios mais ricos. Marca de tal desigualdade é provada quando se verifica ser o primeiro município no ranking estadual em desigualdade social, tendo Índice de Gini<sup>19</sup> correspondente a 0,49 conforme o Mapa da Pobreza e Desigualdade de 2003 do IBGE. E ainda, obteve o pior índice (3,2) do estado na avaliação do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) em 2009.

Outro índice é o de Desenvolvimento Humano referente ao ano de 2000 que é 0,752, menor que o índice nacional, ficando na 1.818ª posição no país e na 54ª do Estado. Além disso, segundo Censo do IBGE de 2000 tinha as seguintes estatísticas: 10,71% da sua população era de indigentes<sup>20</sup>, 30,37% de pobres, 17,68% de crianças indigentes, 44,21% de crianças pobres<sup>21</sup> e ainda, intensidade de pobreza e indigência, respectivamente de 38,29% e 42,94%.

Na saúde Campos dos Goytacazes conta com dois Hospitais Geral (Hospital Geral de Guarus e Hospital Ferreira Machado (referência em emergência), três hospitais filantrópicos (Hospital Plantadores de Cana, Hospital Beneficência Portuguesa e Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes), um hospital universitário (Hospital Escola Alvaro Alvim), dois hospitais psiquiátricos (Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo, Hospital Psiquiátrico João Viana, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), além de seis hospitais/postos de urgência (Hospital São José em Goitacazes, Hospital de Ururaí, Hospital de Travessão, Hospital de Santo Eduardo, Posto de Urgência Saldanha Marinho e Posto de Urgência de Guarus), além das unidades privadas. Para atenção básica especificamente conta com 31 unidades básicas de saúde em funcionamento na atualidade.

Os seis hospitais/postos de urgências supracitados e o Hospital Ferreira Machado fazem parte da Fundação João Barcellos Martins desde 2001. Tal Fundação é subsidiada pela

---

<sup>19</sup> O Índice de Gini é “um instrumento utilizado para medir o grau de concentração de renda em um país, ou seja, mede a distribuição de renda entre as classes sociais segundo a renda domiciliar per capita. Seu valor varia de 0 (zero), quando não há desigualdade (a renda de todos os indivíduos tem o mesmo valor), a 1(um), quando a desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda da sociedade e a renda de todos os outros indivíduos é nula)”. (GREMAUD, 2006 *apud* ABREU; BARBOSA, 2009).

<sup>20</sup> As pessoas caracterizadas como indigentes conforme o IBGE são aquelas em que a renda familiar per capita se encontra entre 0 (sem renda) a ¼ do salário mínimo.

<sup>21</sup> As pessoas caracterizadas como pobres são aquelas que têm renda familiar per capita maior que ¼ do salário mínimo e menor ou igual a ½ salário mínimo.

Prefeitura Municipal Campos dos Goytacazes. E o campo de pesquisa desse trabalho são duas dessas unidades (Posto de Urgência de Guarus e Hospital de Urgência de Travessão).

### 3.2 Serviços de Urgência – Um debate

Para iniciarmos a discussão sobre os serviços de urgência, cabe-nos pontuar na literatura a caracterização desse modo de atendimento – urgência. Para tanto adotaremos a diferenciação entre emergência e urgência sugerida por Paim (1994, p.152).

Uma emergência corresponde a um ‘processo com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação. Exige que o tratamento seja imediato diante da necessidade de manter funções vitais e evitar incapacidade ou complicações graves. Representa situações como choque, parada cardíaca e respiratória, hemorragia, traumatismo crânio-encefálico etc.

Já a urgência significa “um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de vida iminente. Nesse caso há risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatais, porém, não existe um risco iminente de vida. Representa situações como fraturas, feridas lácero-constusas sem grandes hemorragias, asma brônquica, transtornos psiquiátricos, etc.

Cabe ressaltar que há uma imprecisão na definição da urgência. Então de forma a melhor clarificar seu entendimento segue a exemplificação porposta por Giglio-Jacqmot (2005, p.22),

A urgência e a emergência não são definidas como estados, mas como processos que se originam em pontos diferentes de um mesmo continuum, cujas extremidades opostas, são, de um lado, a total ausência e risco de vida – que corresponde aos casos ditos ‘rotina’ – e, do outro, a existência de um risco de vida máximo – que corresponde aos casos ditos ‘de emergência’. Entre os dois, em um lugar indefinido, intermediário fica ‘a urgência’ e os casos assim considerados. A urgência aparece, desse modo, como uma questão de graus ou de níveis.

Tendo em vista tal diferenciação e acrescentando o estabelecido no documento do Ministério da Saúde denominado Regulação médica das urgências consideramos que

as portas de urgência constituem-se em importante observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema de saúde. É nelas onde primeiro se mostram os agravos inusitados à saúde da população, sendo, portanto, importante fonte de informação em tempo real para as ações de vigilância em saúde. (BRASIL, 2006a, p.27)

Os serviços de saúde de urgência têm se caracterizado pelo principal local de referência para a população brasileira. Tal referenciamento ocorre, sobretudo, pela defasagem ou não funcionamento efetivo da atenção básica. Este nível de atenção à saúde comporta as ações de prevenção e de cuidados primários em saúde, que se bem direcionadas evitam o agravamento do quadro de saúde da população, tornando desnecessária a utilização de procedimentos de média e alta complexidade. Representa ainda, a economia com gastos em saúde, já que os procedimentos deste nível de atenção são bem menos custosos que os de maior complexidade.

Além disso,

A atenção básica também permanece influenciada pelo modelo assistencial da saúde pública, voltada para ações preferencialmente “preventivas e programáticas”, em detrimento do acolhimento e atendimento de cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa complexidade, cuja resolução poderia perfeitamente se dar nesse nível de atenção, trazendo como consequência uma baixa vinculação da clientela que acaba recorrendo sistematicamente às unidades de urgência, onde recebem tratamento meramente sintomático, com graves prejuízos ao acompanhamento de doenças crônicas com alto potencial de morbidade, como hipertensão, diabetes, asma e outras. (ibid p. 28)

No caso específico do município de Campos dos Goytacazes tem se constatado historicamente o não funcionamento da atenção básica. Isto pode ser comprovado, entre outros fatores, pelo fato do Programa Saúde da Família estar desativado desde 2008. Tal situação traz como consequência uma sobrecarga dos serviços de urgência, já que as demandas que deveriam ser atendidas na atenção primária (nos postos de saúde ou pelo Programa Saúde da Família) acabam não sendo atendidas nesse nível. Ao mesmo tempo, ocorre o aumento dos agravos que, por sua vez, eleva a demanda reprimida para a assistência nos níveis de hierarquização seguintes que são a média e alta complexidades.

### **3.2.1 – Posto de Urgência de Guarus e Hospital de Urgência de Travessão - características**

O Posto de Urgência de Guarus situa-se na região urbana, é cercado por bairros periféricos em que a rede de saneamento básico é quase inexistente. O perfil da população usuária atendida em tal unidade de saúde são de pessoas de baixa renda, que residem em sua

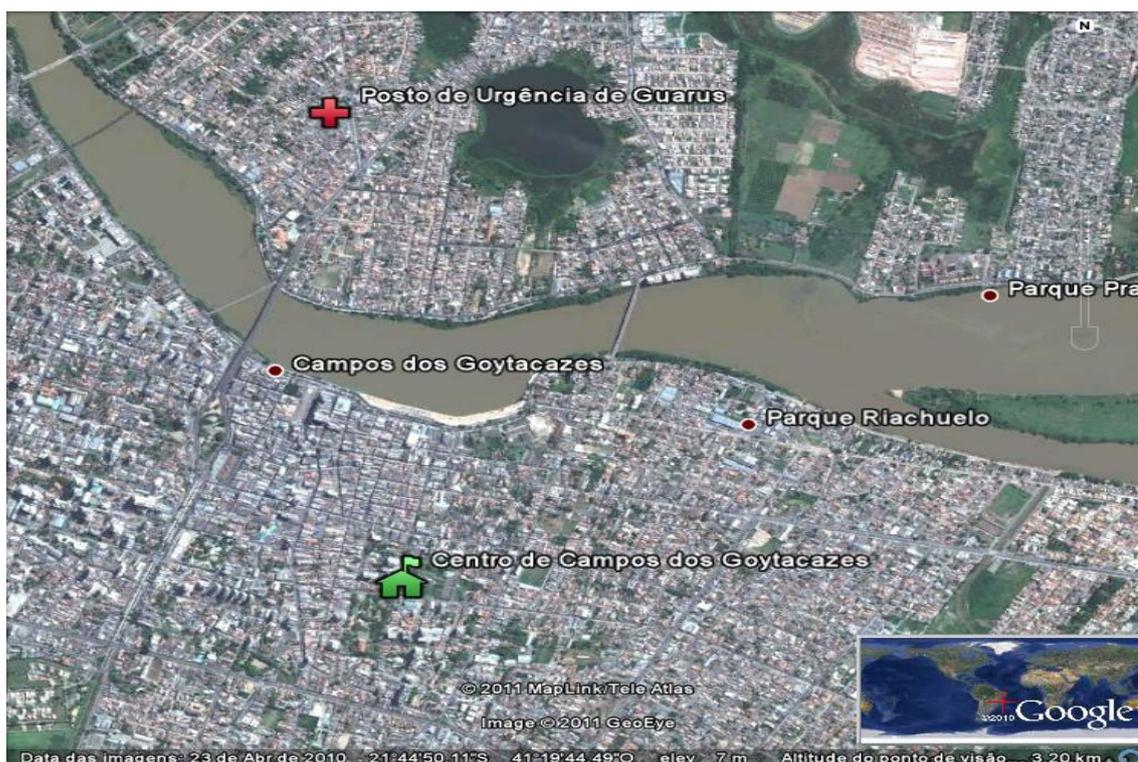
grande parte nas regiões mais próximas do distrito de Guarus. A inserção no mercado de trabalho destes usuários é predominantemente no mercado informal.

Tal unidade foi a pioneira do serviço de urgência após a municipalização. Anteriormente, era um SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência).

As principais demandas surgidas em tal unidade de saúde referem-se a questões relacionadas a doenças crônico-degenerativas como hipertensão arterial e diabetes, e de maneira preponderante, doenças infecto-parasitárias, respiratórias e dermatológicas, sobretudo, em crianças.

Os serviços oferecidos são o de Pediatria, Enfermagem, Serviço Social, Clínica Médica, todos em plantão de 24 horas. Além disso, é a referência do município em Pediatria. Em nível ambulatorial só conta com Clínica Médica. Situa-se próximo à região central do município, conforme mapa 3 abaixo.

**Mapa 3 – Localização do Posto de Urgência de Guarus**



**Fonte: Google Earth**

Já o Hospital de Urgência de Travessão é uma unidade de saúde de urgência situada numa região caracterizada como rural. O perfil da população usuária do Hospital de Travessão refere-se às pessoas (ambos os sexos e de todas as idades) de baixa renda, com baixo nível de escolaridade, muitos sendo analfabetos.

No que se refere à atividade econômica dessa população, grande parte trabalha em lavouras de cana-de-açúcar e em outras atividades do trabalho informal, quando não se encontram à margem do mercado de trabalho.

As condições de saneamento básico dessa população são bastante precárias, destacando-se a questão da rede de esgoto. Há pouco tempo tiveram acesso à água tratada.

O Hospital de Travessão se insere num meio termo entre a atenção básica e a média complexidade, conforme a hierarquia do SUS, já que presta um trabalho de atenção básica e também serviços de urgência e ambulatoriais que objetivam atender os principais problemas de saúde da população.

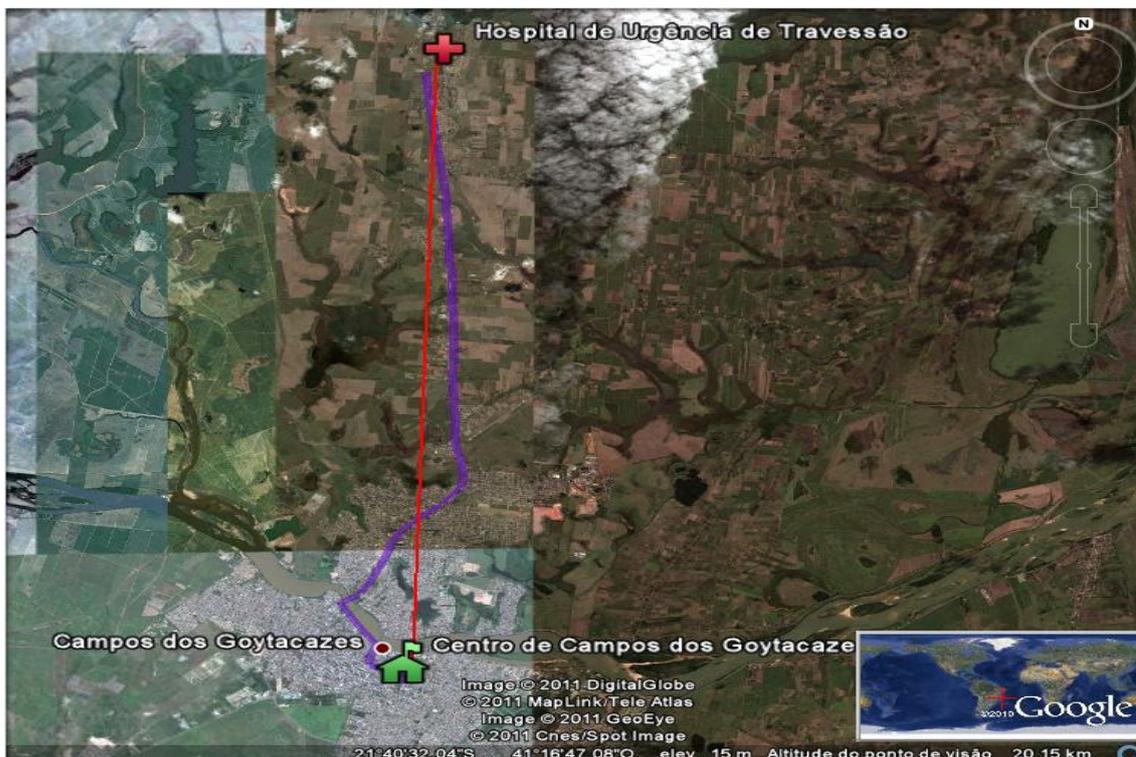
No que se refere à questão dos serviços de urgência a portaria 2048/GM de 5 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde dispõe que

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos “serviços” que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais pronto-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “porta-de-entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. (BRASIL, 2006b, p.55)

As demandas que chegam ao Hospital variam em sua diversidade necessitando ações emergenciais e acompanhamento. Os problemas são da ordem de violência doméstica contra crianças e idosos, acidentes de trânsito, alcoolismo, acidentes de trabalho e questões relacionadas a doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes somadas aos problemas de saúde pública que facilitam a prevalência das doenças infecto-parasitárias e infecções respiratórias.

Os serviços oferecidos em tal unidade de saúde são de Clínica Médica, Pediatria, Odontologia, Enfermagem, Serviço Social em plantão de 24 horas e ambulatórios de Pediatria, Endocrinologia, Reumatologia, Psicologia, Ginecologia, Ortopedia, Neuropediatra, Geriatria, Urologia, Cardiologia e Alergia durante a semana (segunda à sexta). Devido a distância do centro da cidade (+/- 20km) se torna o serviço de referência da população de tal distrito, assim, como dos adjacentes. Ver mapa 4

**Mapa 4 – Localização do Hospital de Urgência de Travessão.**



**Fonte: Google Earth**

No que se refere à questão do trabalho dos profissionais de saúde dos serviços pesquisados podemos apontar que no Hospital de Urgência de Travessão, a questão da violência doméstica contra crianças e adolescentes e de sua notificação era em tese direcionada para o Serviço Social. Tal conclusão baseia-se no fato de ter cartazes no interior da unidade que orientavam sobre isso, ou seja, que casos de violência deveriam ser encaminhados para tal setor. Outra evidência é que os profissionais de outras categorias também conheciam tal orientação.

No caso do Posto de Urgência de Guarus, apesar da não existência de tais informativos, também pode-se evidenciar tal cultura, de encaminhar os casos para o Serviço Social, o reconhecimento de que tal setor é o que notifica tal questão com participação ou não de outros profissionais. Porém, visualizamos uma maior frequência de atendimentos conjunto dos casos e discussão da equipe sobre os mesmos. O fato de ser referência para o serviço de Pediatria no município pode se constituir outro argumento para que a atuação multiprofissional articulada possa se desenvolver, mas também isto pode não ser uma obviedade.

Tendo isso como aporte, iremos descrever e analisar os dados obtidos no levantamento das fichas de notificação de violência doméstica contra crianças e adolescentes em ambas as unidades de saúde.

### **3.3 – As Notificações nos Serviços de Urgência**

De maneira a entender melhor como tem se dado a questão da notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes nos serviços de saúde que demarcamos como campo de pesquisa, realizamos um levantamento das fichas de notificação no período compreendido entre janeiro de 2007 e dezembro de 2010. Tal pesquisa documental também objetivou desvelar os tipos de VDCA mais incidentes conforme as notificações, os principais perpetradores, os profissionais envolvidos nas notificações, dentre outros pontos que iremos discutir nos próximos tópicos.

#### **3.3.1 Hospital de Urgência de Travessão:**

No Hospital de Urgência de Travessão evidenciamos o uso de vários tipos de ficha de notificação (ao todo três). Tais fichas eram:

1 - Ficha de notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos/abuso sexual contra crianças e adolescentes – modelo da Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro (ver em Anexo II);

2 - Ficha de notificação/investigação de acidentes e violências em unidades de urgência e emergência – modelo do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (ver em anexo IV);

3 - Ficha de notificação/investigação violência doméstica, sexual e/outras violências interpessoais – modelo do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (ver em anexo III)

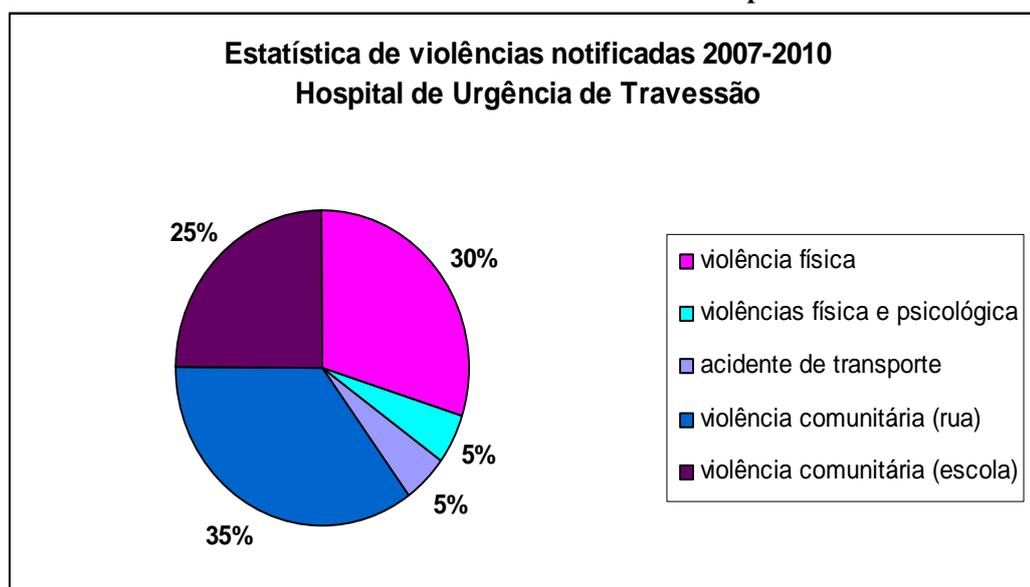
Tal organização, com excesso de fichas e pouca estruturação de padronização, mostra que há um desconhecimento da finalidade de cada uma destas fichas de notificação e a inexistência de padronização para o procedimento. Havendo ainda, a utilização de fichas de outras indicações para a notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Segundo informações de uma assistente social do referido serviço que não participou das entrevistas, não haveria um procedimento na Fundação de informar aos setores sobre a finalidade das fichas de notificação que eram enviadas para ser preenchidas. Haveria, portanto, um desconhecimento generalizado nos serviços acerca da temática, cada profissional ou setor utilizava a ficha que achasse conveniente.

Conforme levantamento eram utilizadas fichas de notificação para dois fins, violência doméstica e violência e acidentes. Como mostrado no capítulo 2 a ficha de notificação/investigação de acidentes e violências em unidades de urgência e emergência deveriam ser utilizadas nos inquéritos que a partir de 2007 seriam bianuais e nos serviços que aderissem ao VIVA. Logo, o preenchimento de tal ficha para notificar casos de VDCA é um equívoco.

Retomando as notificações, no Hospital de Urgência de Travessão foram identificadas 20 fichas de notificação no período compreendido entre janeiro de 2007 e dezembro de 2010. Destas, 35% eram relativas à violência comunitária ocorrida na rua ou em bares, 25% do mesmo tipo de violência ocorrida, porém, na escola, 30% era relativa a violência doméstica física, 5% de violências doméstica combinadas (violências física e psicológica) e 5% relacionadas à acidente de transporte, conforme disposição do gráfico a seguir.

**Gráfico 3 – Estatística de violências notificadas 2007-2010 no Hospital de Travessão**

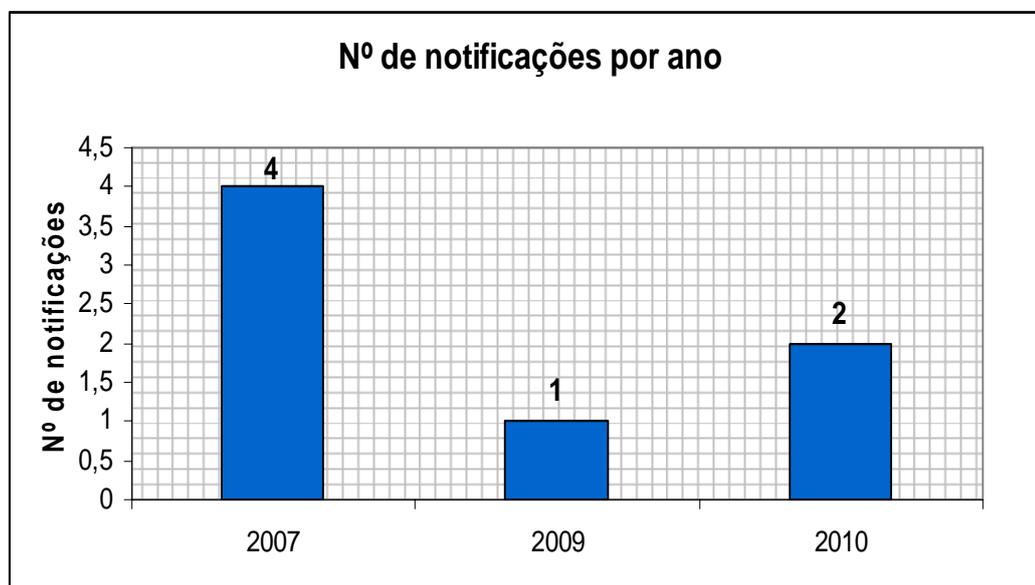


**Fonte: Pesquisa documental (fichas de notificação do Hospital de Travessão)**

Como o objeto de estudo nesse trabalho é a questão da notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes, a partir deste ponto não iremos contabilizar as notificações referentes aos outros tipos de violência ou aos acidentes.

De forma a mostrar os dados quantitativos referente ao número de notificações no período segue abaixo o gráfico 4.

**Gráfico 4 – Número de notificações por ano no Hospital de Urgência de Travessão**



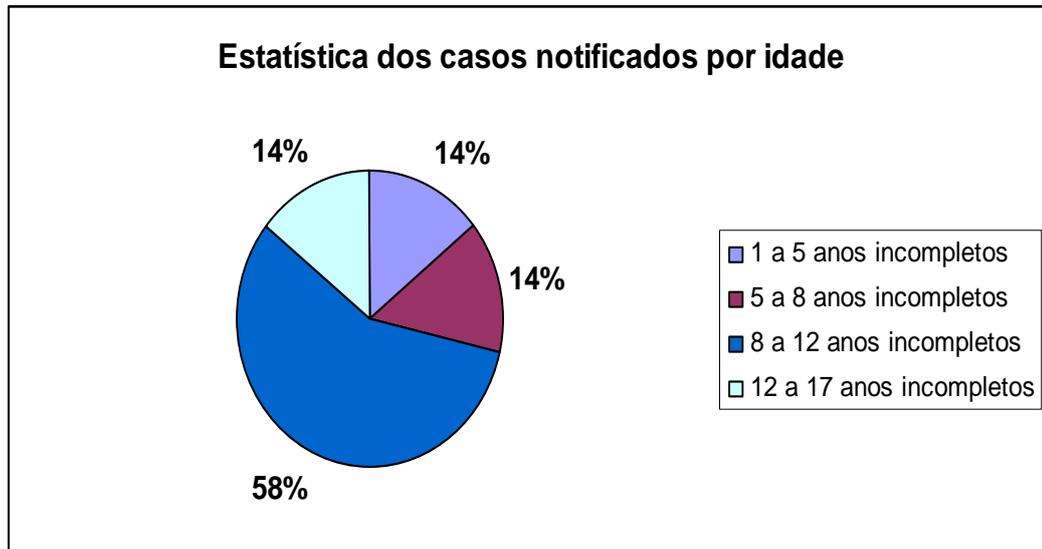
Fonte: Pesquisa documental (fichas de notificação do Hospital de Travessão)

### 3.3.1.1. Perfil das crianças e adolescentes (HUT)

Do total de 7 notificações realizadas no período de 2007-2010, 4 casos envolveram crianças e adolescentes do sexo masculino, perfazendo um percentual de 57% dos casos, enquanto os outros 43% correspondiam à violência sofrida por meninas.

E ainda, 58% dos casos envolviam crianças compreendidas da faixa de 8 a 12 anos incompletos, enquanto 14% se referiam às faixas de 1 a 5 anos incompletos, 5 a 8 anos incompletos e 12 a 17 anos incompletos, conforme gráfico 5.

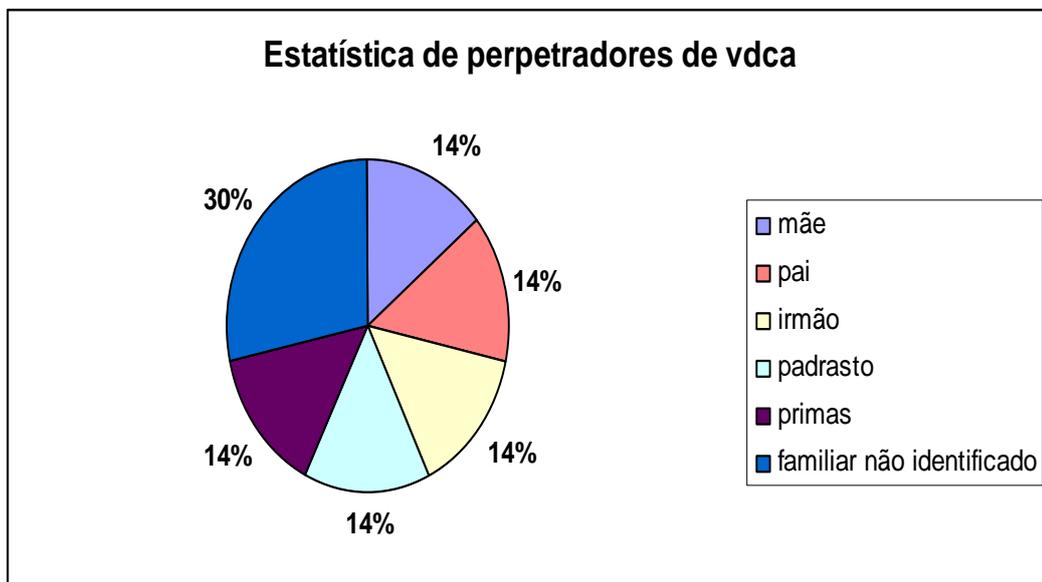
**Gráfico 5 – Estatística dos casos notificados por idade no Hospital de Travessão**



Fonte: Pesquisa documental (fichas de notificação do Hospital de Travessão)

No que tange aos familiares que perpetraram violência doméstica contra crianças e adolescentes conforme as notificações, seguem dispostos no gráfico 6

**Gráfico 6 – Estatística dos perpetradores de VDCA no Hospital de Travessão**



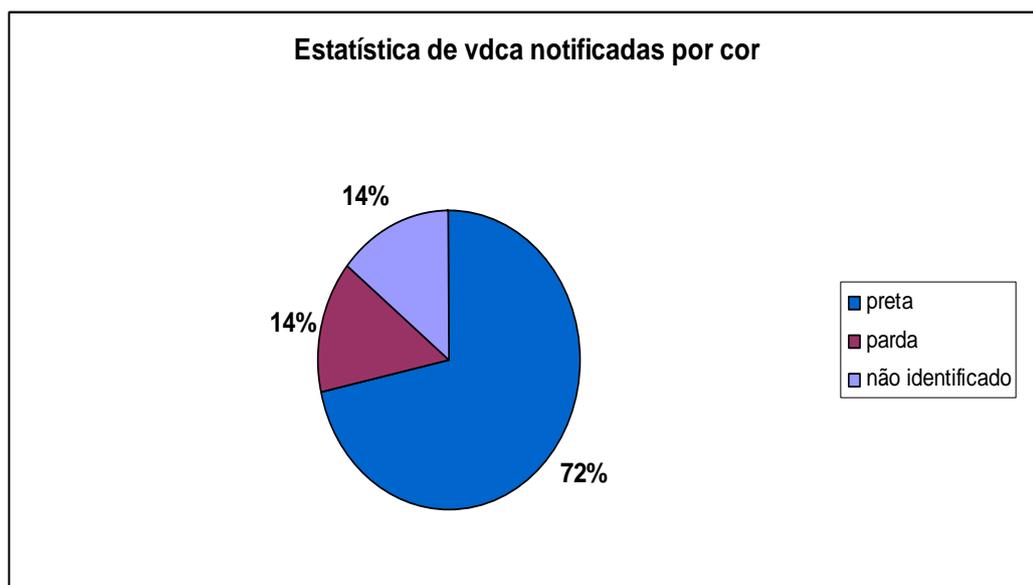
Fonte: Pesquisa documental (fichas de notificação do Hospital de Travessão)

O maior percentual (30%) se referiu a familiares que não foram identificados no ato da notificação, sendo seguido uniformemente (14% para cada) por outros agressores (mãe, pai,

irmão, padrasto e primas). Porém, evidenciamos que de forma mais preponderante a violência física era perpetrada por pessoas do sexo masculino.

Identificamos também conforme gráfico a seguir que na maioria das notificações (72%) as crianças ou adolescentes violentados era da cor preta.

**Gráfico 7 – Estatística dos casos notificados por cor no Hospital de Travessão**



**Fonte: Pesquisa documental (fichas de notificação do Hospital de Travessão)**

No que concerne aos tipos de violência doméstica notificadas por período, identificamos que seis notificações se tratavam de violência física e um caso de violências combinadas (violências física e psicológica). Ficaram assim dispostas por ano: em 2007, 75% dos casos foram de violência física, enquanto os outros 25% se referiam à violência física e psicológica. No ano de 2008, não existiram notificações, e em 2009 e 2010 a totalidade dos casos notificados se tratava de violência física.

Diante de número tal ínfimo de notificações em um serviço de saúde de urgência cabem os seguintes questionamentos: 1 - se constituindo a porta de entrada dos usuários da comunidade ao acesso à saúde, tal quantitativo expressaria realmente a realidade do fenômeno? 2 - O fato de ser o local de referência da comunidade traria impeditivos por parte da equipe de notificar os casos de violência doméstica? 3 - Se caracterizando como espaço territorial rural nas quais as relações e a visão cultural se difere da zona urbana, traria implicações no entendimento /concepção de violência?

A nosso ver apenas o último questionamento teria uma fundamentação contundente, porém de qualquer maneira está explícita uma atuação dos profissionais de saúde

desconsiderando, ou não se atentando para a importância da identificação e notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Algumas razões para a pouca identificação e notificação de VDCA podem ser relacionadas aos seguintes fatores como proposto por Moura e Reichenheim (2005, p.1130),

Uma destas se refere à formação e atuação de profissionais da área da saúde. A violência familiar demanda avaliações amplas, tanto no âmbito social quanto no psicológico. A apresentação dos casos de violência familiar que chegam aos serviços de saúde pode ser muito distinta, variando desde queixas vagas, envolvendo baixo rendimento escolar ou outras alterações comportamentais, até lesões corporais graves. Estas últimas são de fácil observação, já que correspondem ao padrão rotineiro na ótica assistencial. Já as outras formas de apresentação requerem um elevado grau de suspeição para sua adequada detecção, necessitando que o profissional esteja sensibilizado à questão. Muitas vezes ainda, evidências físicas de maus-tratos ou relatos típicos não são sequer visíveis, o que dificulta ainda mais este processo para profissionais de saúde que nem sempre estão capacitados para lidar com um evento desta natureza.

As demandas apresentadas nos serviços de saúde de urgência pelos familiares das crianças e adolescentes podem aparentemente não apresentar nenhuma relação com a violência doméstica contra crianças e adolescentes, porém com a escuta qualificada e a competência para identificar demandas que podem estar implícitas, torna-se mais passível a detecção de tal problemática. Posteriormente, discutiremos mais sobre alguns fatores que entram os processos de identificação e notificação de VDCA quando analisarmos as falas dos profissionais de saúde inseridos nas unidades de urgência elencadas na pesquisa.

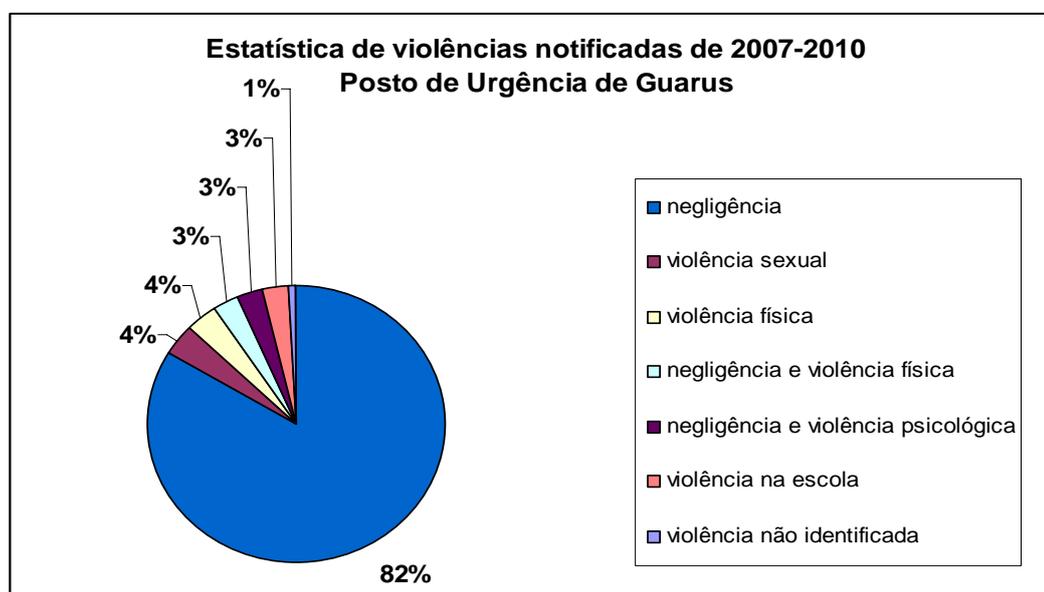
### **3.3.2 Posto de Urgência de Guarus**

Foram identificadas 109 fichas de notificação durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2010, algumas com modelos diferenciados no que concerne a possuir ou não os campos raça e profissionais envolvidos no atendimento, ou seja, apesar de tal diferença as fichas de notificação utilizadas se direcionavam para o mesmo fim, ou seja, notificação de violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Destas, a maioria (106 casos) se tratava de violência doméstica contra crianças e adolescentes (negligência ou abandono, abuso sexual, violência física ou violência sexual) e apenas três casos se tratavam de violência ocorrida na escola.

Dos tipos de violência notificados em tal serviço de janeiro de 2007 a dezembro de 2010, a preponderante foi a negligência, constituindo 82% dos casos. Sendo seguida pelas violências física e sexual (4% cada), tipos de violência combinadas - negligência e violência física; negligência e violência psicológica (3% cada), violência na escola (3%) e por fim, um tipo de violência não identificada (1%) na ficha de notificação, já que profissional notificador não demarcou o campo correspondente.

**Gráfico 8 – Estatística de violências notificadas 2007-2010 no Posto de Urgência de Guarus**

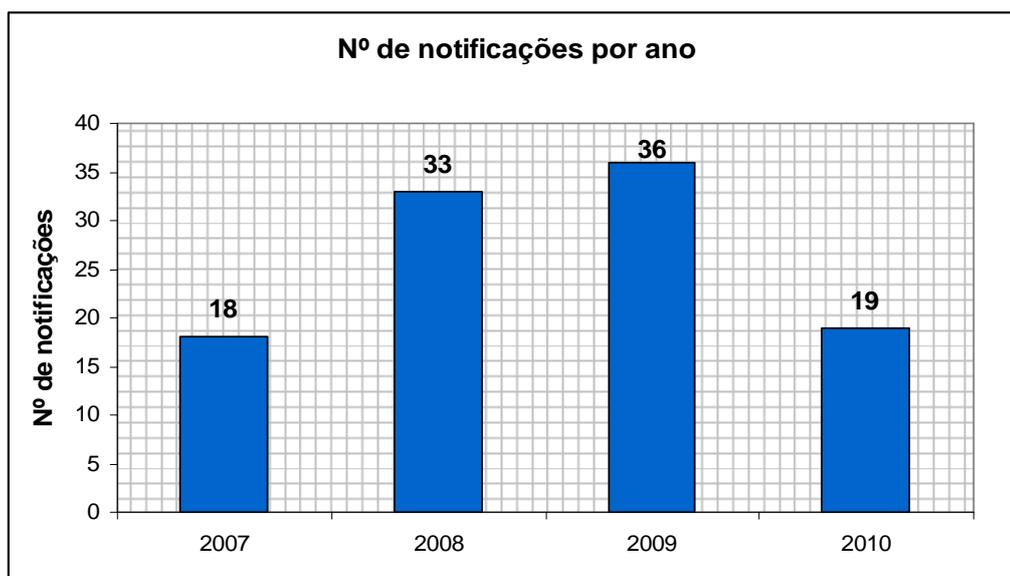


**Fonte: Pesquisa documental (fichas de notificação do Posto de Urgência de Guarus)**

Conforme realizado anteriormente iremos considerar apenas as notificações referentes à violência doméstica contra crianças e adolescentes.

De forma a mostrar os dados quantitativos, referentes ao número de notificações no período segue o gráfico 9.

**Gráfico 9 – Número de notificações por ano no Posto de Urgência de Guarus**

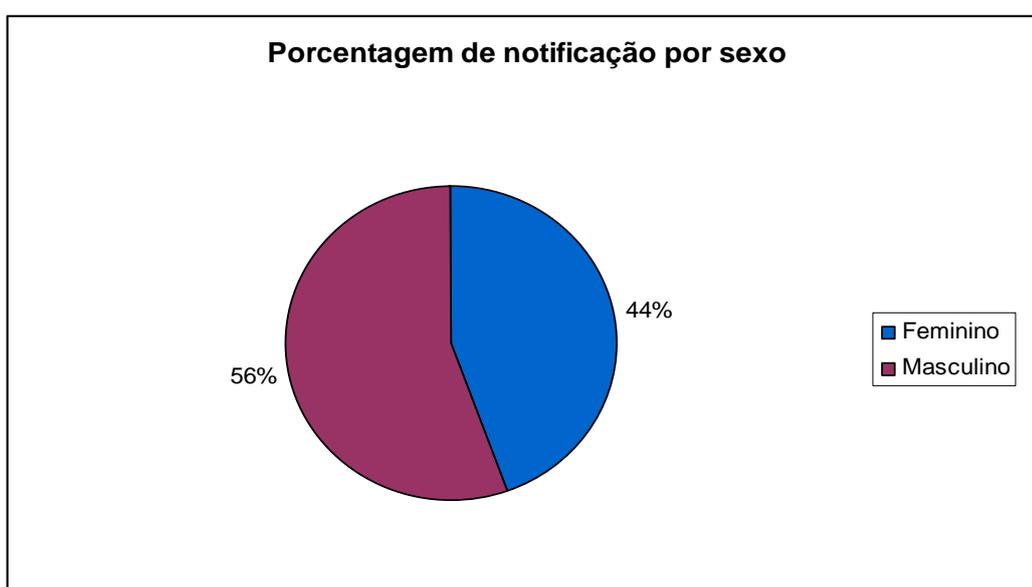


Fonte: Pesquisa documental (fichas de notificação do Posto de Urgência de Guarus)

### 3.3.2.1 Perfil das crianças e adolescentes (PUG)

Do total de 106 notificações realizadas no período de 2007-2010, 59 casos envolveram crianças e adolescentes do sexo masculino, perfazendo um percentual de 56% dos casos, enquanto os outros 44% correspondiam à violência sofrida por meninas, num total de 47 notificações, conforme exposto no gráfico abaixo.

**Gráfico 10 – Estatística de notificações por sexo no Posto de Urgência de Guarus**

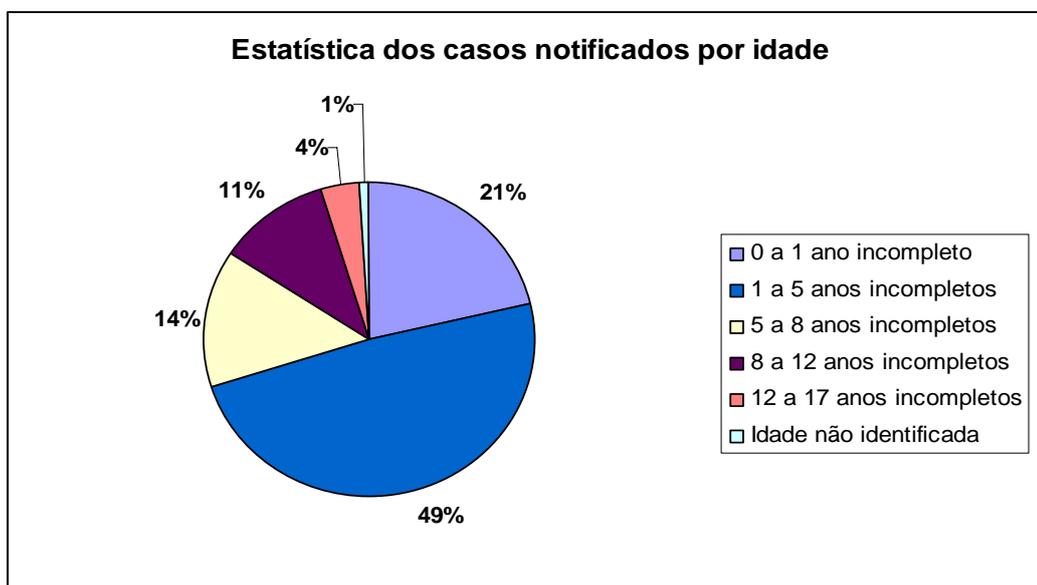


Fonte: Pesquisa documental (fichas de notificação do Posto de Urgência de Guarus)

Conforme gráfico 11, no que concerne a idade das crianças e adolescentes que sofreram violência doméstica no período em que os casos foram notificados, mais da metade dos casos ocorreu com crianças menores, que estão na primeira ou segunda infância, compreendendo a faixa de 0 a 5 anos incompletos. Tais crianças devido ao seu período de desenvolvimento peculiar não têm a capacidade de prover o mínimo auto-cuidado e logo, necessitam de suporte total para ter suas necessidades de sobrevivência e cuidado garantidas. E ainda, nessa fase a criança não apresenta tanto discernimento e habilidade para expressar fatos que possa vir a acontecer no âmbito doméstico. Martins e Jorge (2009, p. 331) corroboram com tal análise quando afirmam que

a maior incidência de violência contra faixas etárias menores de sete anos fundamenta-se na incapacidade das crianças menores em escapar ou se defenderem do abuso. Além disto, a característica destas crianças de dependência do adulto para sua subsistência, bem como sua fragilidade física e de personalidade, as tornam alvos fáceis do poder dos adultos.

**Gráfico 11 – Estatística dos casos notificados por idade no Posto de Urgência de Guarus**



**Fonte: Pesquisa documental (fichas de notificação do Posto de Urgência de Guarus)**

Outro tópico que merece destaque é relativo ao campo raça nas fichas de notificação. Algumas não possuíam tal campo, mas as que continha, em parte considerável não era demarcado. Para tal observação podemos levantar várias hipóteses como o embaraço do profissional em perguntar sobre o assunto, ou a pouca importância dada por este para tal campo. Além disso, há de se interrogar que nas fichas em questão, nas quais os campos estão

demarcados, se a resposta foi do familiar ou uma denominação/caracterização dada pelo profissional.

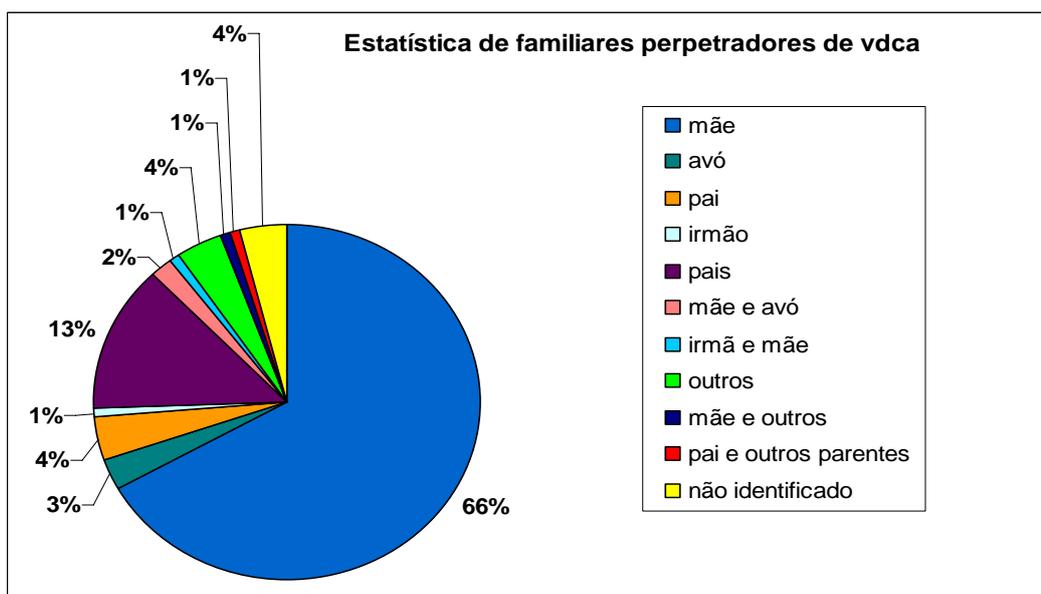
**Gráfico 12 – Estatística de VDCA notificadas por cor no Posto de Urgência de Guarus**



Fonte: Pesquisa documental (fichas de notificação do Posto de Urgência de Guarus)

Como sabemos da necessidade nos estudos desta natureza de apontar os agentes causadores de tais violências notificadas de maneira a melhor entender o fenômeno, apresentamos o gráfico .

**Gráfico 13 – Estatística perpetradores de VDCA no Posto de Urgência de Guarus**



Fonte: Pesquisa documental (fichas de notificação do Posto de Urgência de Guarus)

Identificamos que na maioria dos casos a violência era perpetrada pelas mães. Tal dado pode ser visto de várias maneiras diferenciadas. O fato do provimento do cuidado das crianças culturalmente ser atribuído às mães pode explicar o porquê deste resultado, já que a maioria dos casos de violência perpetrada pela mãe era referente à negligência. Observamos que em alguns casos os profissionais de saúde por mais que crianças e adolescente tivessem no registro de atendimento o nome de ambos os pais, se levados para atendimento pela mãe e houvesse a notificação, a violência era atribuída à mãe. O oposto não ocorria com tanta frequência, ou seja, caso o pai levasse para atendimento e fosse diagnosticada negligência, era atribuída aos pais.

O percentual de violência atribuída aos pais conjuntamente (13%) eram presentes em casos de violências múltiplas, sendo caracterizada sempre a negligência pela mãe e a violência física para o pai, ou em casos de negligência, dos quais se consideravam que os dois eram responsáveis. Isso ocorria com maior frequência quando outros familiares, principalmente avós levavam crianças ou adolescentes para atendimento no serviço.

Os casos nos quais o pai (4%) era responsável pela violência perpetrada relacionavam com casos de violência, preponderantemente. E ainda, os casos de violência sexual, devido à cultura de silêncio que ronda tal problemática eram realizados por outras pessoas (outros – 4%) que não foram passíveis de serem identificadas.

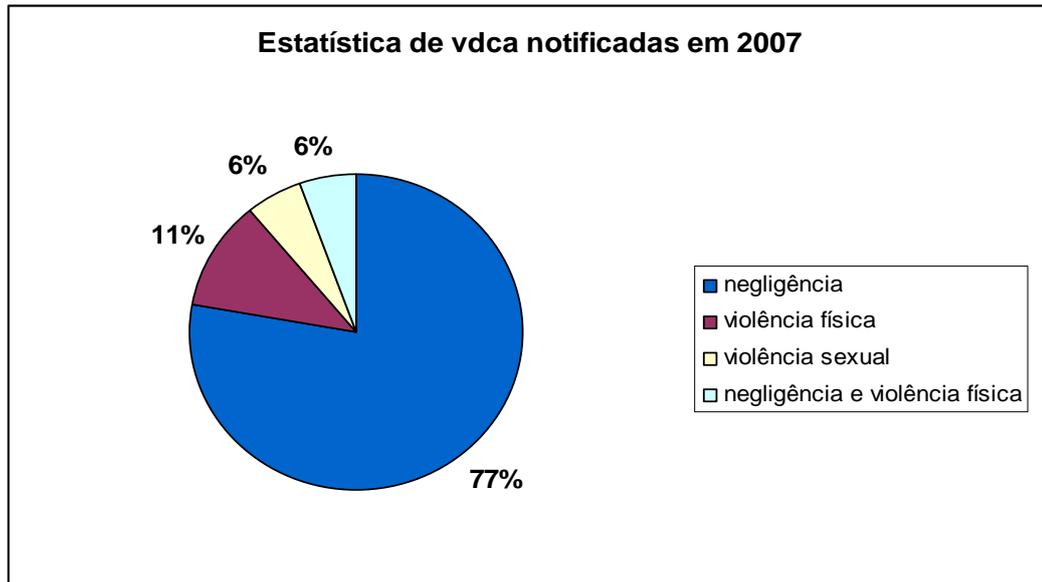
Havia casos também que não era possível a identificação do agente agressor, pois o campo correspondente nas fichas de notificação não estava demarcado. As avós apareceram em alguns casos (3%) como agressores também, tanto em casos de negligência como violência física.

Diante de tais dados é necessário que pensemos na questão do atendimento não só às crianças e adolescentes que sofrem violência doméstica, mas de serviços que tratem à família, já que entendemos a violência como uma forma de comunicação entre os membros de uma família, e mais como um pedido de ajuda para a sociedade. (Ferreira et al, 1999)

Concordamos com Reichenheim (1999, p.116) quando aponta ser “crucial entender a violência familiar como um fenômeno complexo que envolve todos os integrantes do núcleo familiar e que não se restringe a um indivíduo ou uma relação específica”.

No levantamento das notificações de tal unidade de saúde verificamos que em 2007 foram realizadas 18 notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes, sendo assim distribuídas ocorrências por tipo: 77% de negligência, 11% violência física, 6% violência sexual e 6% dois tipos de violência combinadas (negligência e violência física), conforme gráfico 14.

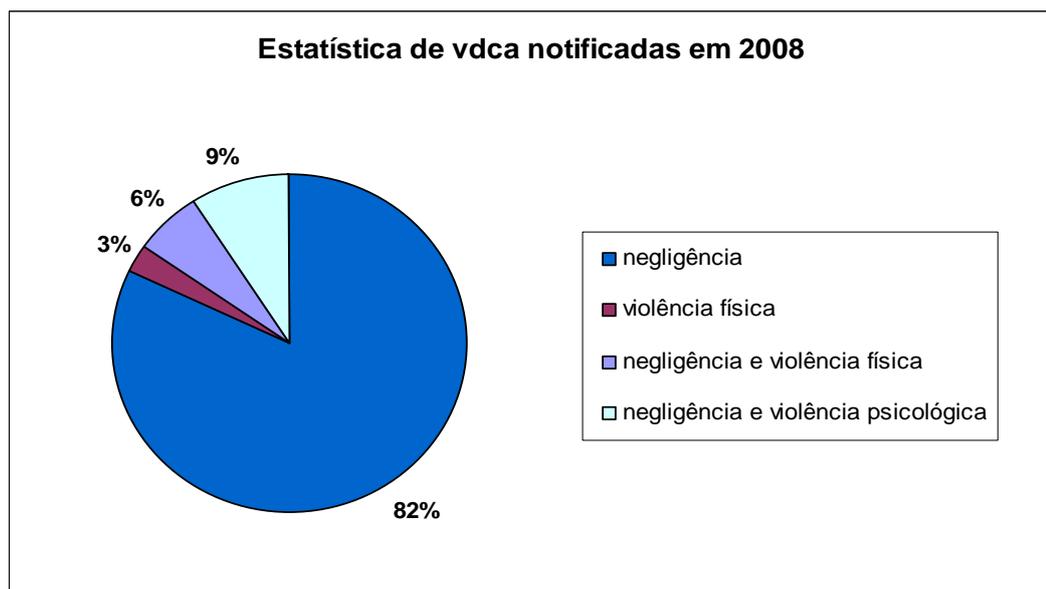
Gráfico 14 – Estatística de VDCA notificadas em 2007 no Posto de Urgência de Guarus



Fonte: Pesquisa documental (fichas de notificação do Posto de Urgência de Guarus)

Em 2008 manteve-se a preponderância de notificações de casos de negligência, ocorrendo esta sozinha ou combinada com outro tipo de violência. Assim se caracterizam os casos: 82% de negligenciam; 3% de violência física; 6% de negligência e violência física; e 9% de negligência e violência psicológica.

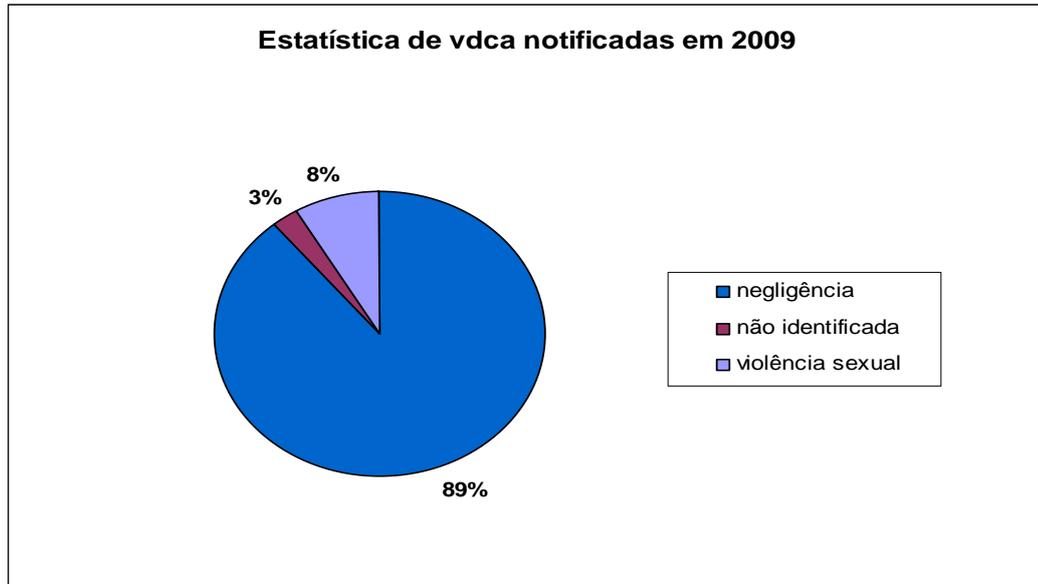
Gráfico 15 – Estatística de VDCA notificadas em 2008 no Posto de Urgência de Guarus



Fonte: Pesquisa documental (fichas de notificação do Posto de Urgência de Guarus)

Já em 2009 tivemos 36 notificações de violência doméstica, 89% relacionadas á negligência, 8% de violência sexual e 3% não puderam ser identificadas, devido ao não preenchimento do campo tipo de violência na ficha pelo profissional notificador.

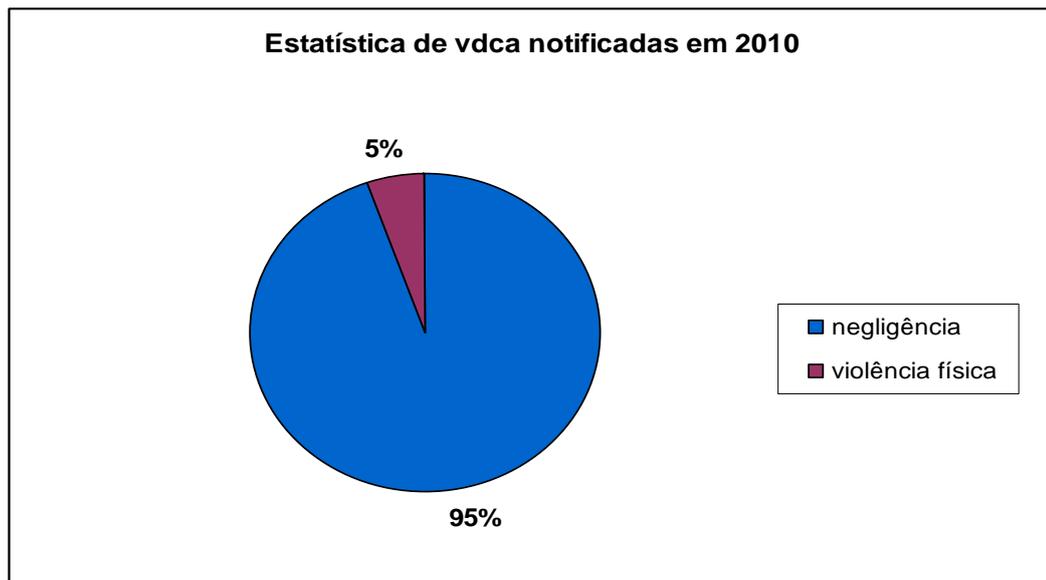
**Gráfico 16 – Estatística de VDCA notificadas em 2009 no Posto de Urgência de Guarus**



**Fonte:** Pesquisa documental (fichas de notificação do Posto de Urgência de Guarus)

Por fim, em 2010 foram realizadas 19 notificações, sendo que a maioria (95% dos casos) referente à negligência e apenas 5% relacionadas à violência física.

**Gráfico 17 – Estatística de VDCA notificadas em 2010 no Posto de Urgência de Guarus**

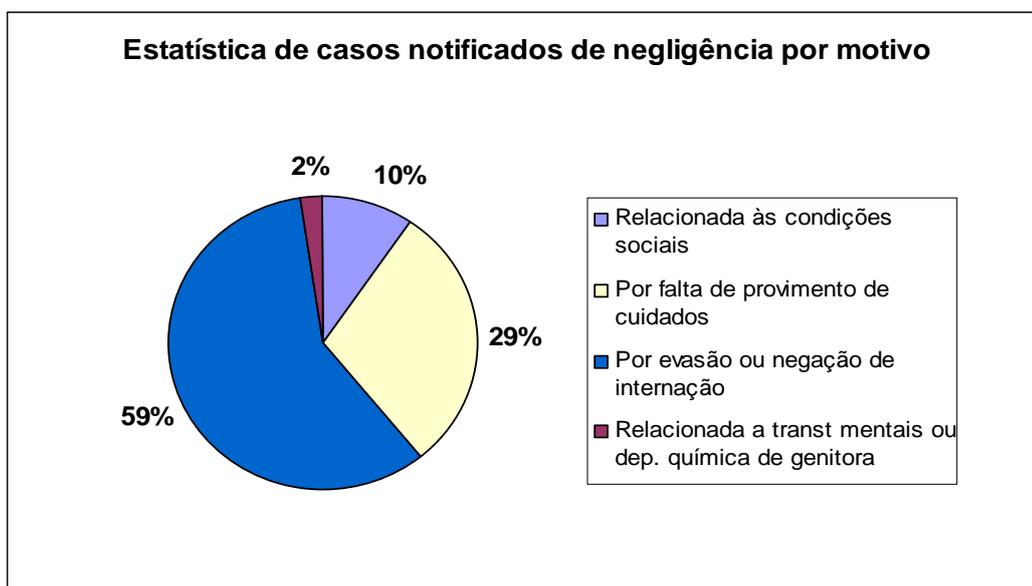


**Fonte:** Pesquisa documental (fichas de notificação do Posto de Urgência de Guarus)

Diante do grande número de negligência de acordo com as fichas de notificação, nos interrogamos sobre possíveis significações sobre o ocorrido e nos debruçamos no estudo mais profundo destas notificações.

De acordo com os resultados destes resolvemos separar as notificações relacionadas à negligência por motivos que teriam caracterizado esta como tal. Seguem discriminados no gráfico a seguir os resultados.

**Gráfico 18 – Estatística de casos notificados de negligência por motivo**



**Fonte: Pesquisa documental (fichas de notificação do Posto de Urgência de Guarus)**

Um aspecto que necessita ser demarcado é a quantidade expressiva de notificações de negligência relacionadas à evasão do serviço quando havia indicação de permanência do repouso ou de internação em unidade de média e alta complexidade (59%). Segundo informações de um dos profissionais de saúde que trabalha em tal unidade seria procedimento em casos de evasão notificar ao Conselho Tutelar.

Cabe-nos questionar, porém, que fatores poderiam estar levando os usuários evadirem do serviço de modo tão freqüente se comparado aos outros motivos de notificação. Poderíamos sugerir se não estaria ocorrendo problemas no relacionamento dos usuários com os profissionais que lhe atendem, ou seja, algo relativo às relações estabelecidas no espaço do serviço saúde.

Outro argumento poderia se referir à demora para viabilização de internação, morosidade essa que é um fato. Conforme informações de alguns profissionais haveria uma demora relativamente grande (algumas chegando a mais de 8 horas) para liberação da

internação pela central de vagas. Somada a tal demora, em tal unidade de saúde, dada a característica de urgência, não há a disponibilização de alimentação para usuários e acompanhantes, o que poderia condicionar também tal evasão.

Segundo gráfico 18, outros motivos que justificariam a negligência seriam: 29% por falta de provimento dos cuidados sejam de alimentação, higiene ou supervisão. Outros 10% se tratava de negligência por evasão, mas havia nas fichas de notificação que o motivo da evasão ou da negação da internação seria por problemas relacionados à questão social. Alguns acompanhantes (familiares) relatavam que não poderiam permanecer com usuários em tal unidade, por terem que trabalhar, ou por haver outras crianças pequenas ou pessoas doentes em casa com necessidade de supervisão, ou ainda, relativas à violência comunitária, como o caso de uma mãe que relatou não poder ficar mais no posto de urgência por ser perigoso retornar mais tarde para o local de sua moradia, devido ao conflito entre o tráfico de drogas. E ainda, em 2% dos casos visualizamos a ocorrência da negligência correlacionada com o fato das genitoras terem problemas com dependência química e transtornos mentais, o que as impedia ou dificultava de realizar a supervisão das crianças e/ou adolescentes.

Tendo em vista os dados supracitados referentes às notificações de evasões por motivos relativos às condições de vida dos usuários e seus familiares, poderíamos também nos perguntar se tal percentual não poderia ser bem maior caso tivesse sido possível abordar os familiares sobre a razão do desejo de desistir do tratamento. Não sabemos se tal escuta foi realizada na totalidade dos casos das notificações por evasão (59%).

Nos casos de negligência com o argumento da família de não ter condições de permanecer na unidade por questões relacionadas às suas condições de vida, social, familiar e econômica não podemos deixar de nos reportar à pergunta? Essa família ou membros são negligentes ou estão sendo negligenciadas? Como culpabilizar a família quando se conhece as lacunas/falhas nas políticas sociais basais, sobretudo, na de saúde, especificamente na atenção básica. Também não se constitui uma violência a negação do acesso às crianças e adolescentes ao atendimento básico de saúde?

Segundo Reichenheim et al,

as conseqüências de situações de negligência são mais difíceis de se caracterizar e, portanto, de se identificar. Isto é ainda mais complicado em sociedades nas quais importante parcela das crianças e adolescentes são vítimas crônicas do descuido do próprio Estado, que não lhes garante condições mínimas necessárias ao crescimento e desenvolvimento. Nestas circunstâncias, a própria definição de negligência familiar é pouco clara, o que dificulta a imputação de causalidade em certas associações encontradas. Apesar disso, é possível postular que crianças negligenciadas pela família e

pouco supervisionadas corram maior risco de ser vítimas de “acidentes domésticos” do que crianças não negligenciadas. (1999, p.113).

E ainda, de acordo com a entrevista a um profissional de saúde de tal unidade verificamos que há uma subnotificação dos casos de negligência propriamente dita, ou seja, àquela por falta de provimentos pelos familiares dos cuidados básicos com as crianças e/ou adolescentes, conforme relato a seguir.

*Negligência (difícil aqui notificar. A gente sabe que a criança é maltratada, mas eu não vejo ninguém notificando não. A médica até fala isso daqui é maus-tratos, mas não faz nada. Não sei por quê. A única coisa que eu sei aqui é assim. Tem que internar uma criança. Ai a mãe se nega e vai embora. Ai a assistente social notifica. Ai o Conselho vai, vai atrás, é aquela coisa. Mas, nessa coisa aí que você vê (...) a criança com escabiose, obstrução intestinal, teve uma zinha com miíase na cabeça, você via que a mãe não era aquela pessoa assim ruim, mas, sim que era aquela ignorância total. Ai a gente até conversa, a assistente social fala (...) Mas, caso de negligência aqui a gente vê muito. Muito e não notifica. Acho que tem medo de colocar a cara na reta. Dizer que isso aqui é negligência. Tem um monte de patologias que você tem diagnóstico aqui que você vê que é negligência. Entendeu? Escabiose, verminose em criança, isso tudo é negligência, não deixa de ser, entendeu, piolho, baixo peso. Nossa! A gente vê muita coisa aqui, mas não notifica. Não tem esse costume.*

No concerne ao reduzido número de notificações de violência sexual e violência física nos cabe questionar se não estaria relacionada à dificuldade e/ou despreparo dos profissionais de saúde de tais unidades de saúde de identificar os casos. No caso específico da violência sexual a maioria ocorre sem que haja marcas físicas, logo, se os profissionais de saúde não estiverem habilitados e atentos a tal questão não terão como identificá-los.

Gomes et al (2002, p.277) nos apontam que

a efetivação de um atendimento depende da possibilidade de ser capaz de identificar a presença ou a suspeita da violência nos diferentes casos atendidos. Por outro lado, ter ou não visibilidade depende, dentre outros aspectos, da escuta e do olhar ampliados que o profissional consegue imprimir em seu atendimento.

No que tange a questão da notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes em si, visualizamos que os registros dos profissionais envolvidos nos casos de atendimentos às crianças e adolescentes, nem sempre condiziam com a assinatura de todos os profissionais, sendo preponderante o assistente social como profissional notificador. Buscando entender tal evidência podemos realizar as seguintes observações: 1 - o fato do

Serviço Social ser o setor denominado para armazenar e realizar as fichas (armazena), acaba impedindo ou atrapalhando a responsabilização dos outros profissionais. 2 – Pelo perfil da profissão de acordo com os princípios éticos e o projeto ético-político da profissão o aproximar da questão da garantia dos direitos das crianças e adolescentes, isto acaba sendo visto como atribuição privativa pelos outros profissionais. 3 – Atrelada à idéia anterior, a visão de que cabe ao Serviço Social trabalhar com a família e com o social, ou com problemas sociais acaba por definir tal atuação. 4 – Alguns profissionais aceitam participar da intervenção até por estarem envolvidos no atendimento, mas se eximem da responsabilidade real ao não dispor seu registro e assinatura em tais notificações, conforme identificado no levantamento das fichas sociais em ambas as unidades de saúde..

### **3.4 Notificação de VDCA pelo profissional de saúde – desconhecimento, comprometimento ou descaso?**

Durante os meses de outubro de 2010 a março de 2011 foram realizadas incursões às duas unidades de saúde, de forma a procedermos entrevistas com os profissionais de saúde selecionados segundo os critérios da pesquisa.

Foram entrevistados os seguintes profissionais no Hospital de Urgência de Travessão: um pediatra, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo. Sendo que os três primeiros trabalham em regime de plantão 24 horas e o último em regime ambulatorial, em dois dias na semana.

Já no Posto de Urgência de Guarus foram entrevistados um pediatra, um enfermeiro e um assistente social, todos trabalham em regime de plantão de 24 horas. Não foi possível entrevistar um psicólogo, já que tal instituição não conta com este profissional, apesar de ser uma demanda antiga para o serviço, conforme relatos dos outros profissionais.

De forma a conhecermos melhor os profissionais entrevistados tentaremos realizar um perfil destes sujeitos sociais, contendo dados como idade, sexo, período de conclusão da graduação, formação, grau de satisfação com a profissão, dentre outros conforme próximo tópico.

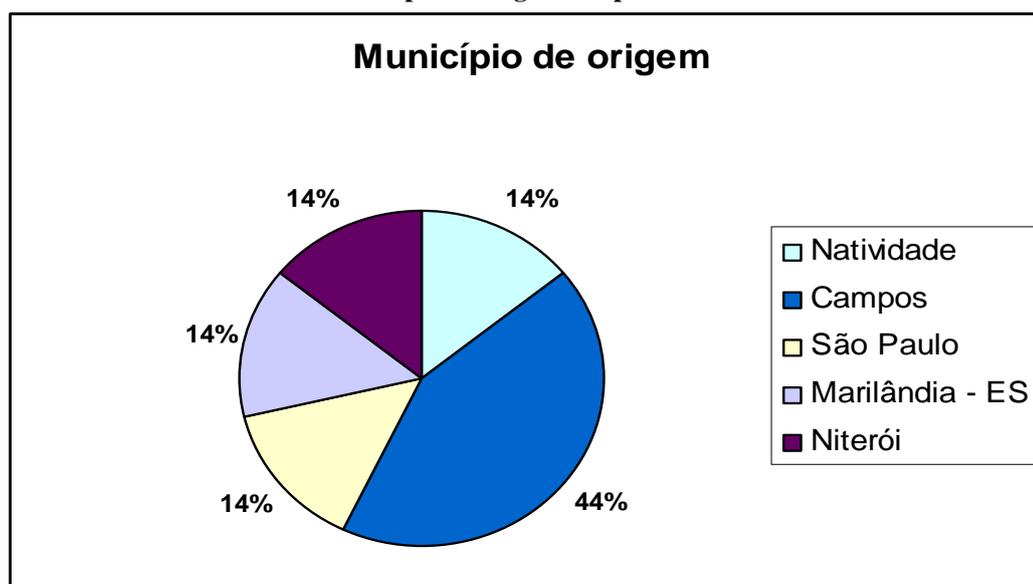
### 3.4.1 Perfil dos profissionais

Quadro 2 – Perfil dos profissionais de saúde entrevistados

Profissionais	Sexo	Faixa etária	Caracterização da unidade	Ano conclusão da graduação	Titulação	Grau de satisfação
A1	F	41 a 50 anos	Urbana	1989	Especialista (2)	Satisfeito
A2	F	41 a 50 anos	Rural	1987	Graduada (2)	Satisfeito
E1	M	23 a 30 anos	Rural	2008	Graduado	Muito satisfeito
E2	F	31 a 40 anos	Urbana	2005	Graduado	Pouco Satisfeito
P1	F	23 a 30 anos	Urbana	2009	Graduado	Muito satisfeito
P2	M	23 a 30 anos	Rural	2004	Graduado – Residência em Pediatría	Pouco Satisfeito
PS1	M	31 a 40 anos	Rural	1998	Especialista (4)	Satisfeito

De acordo com o quadro acima, sete profissionais das unidades de saúde de urgência foram entrevistados, sendo eles duas assistentes sociais, dois enfermeiros, dois pediatras e um psicólogo. Destes, 44% são provenientes de Campos dos Goytacazes, município em que tais unidades se situam e os outros se distribuem de forma equânime (14%) nos seguintes municípios Natividade (RJ), São Paulo (SP), Marilândia (ES) e Niterói (RJ).

Gráfico 19 – Estatística do município de origem dos profissionais entrevistados

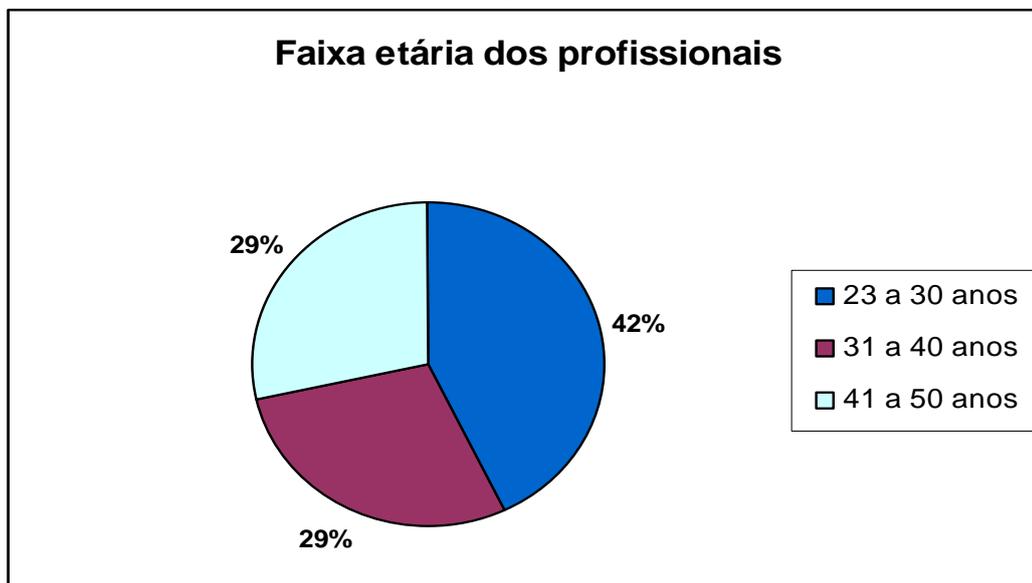


Fonte: Dados da Pesquisa de campo

Destes profissionais 57% eram do sexo feminino.

No que concerne a faixa etária dos profissionais de saúde participantes desta pesquisa, 42% estão na faixa compreendida entre 23 a 30 anos, 29% de 31 a 40 anos e outros 29% de 41 a 50 anos.

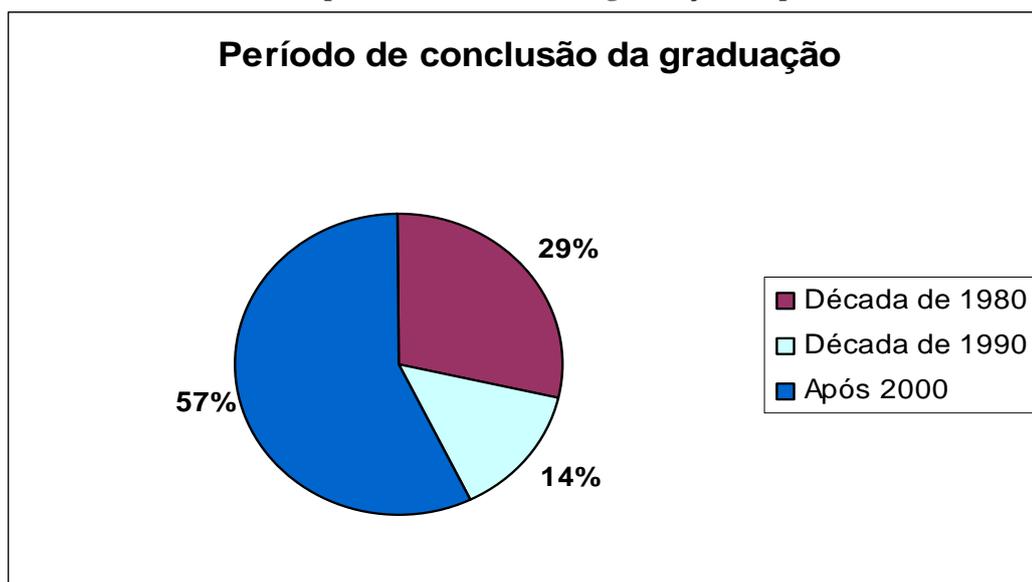
**Gráfico 20 – Estatística da faixa etária dos profissionais entrevistados**



Fonte: Dados da Pesquisa de campo

No que se refere ao ano de conclusão da graduação dos entrevistados, a maioria se formou nos anos 2000, correspondendo a 57% dos profissionais, enquanto 29% se formaram na década de 1980 e 14% o fizeram na década subsequente.

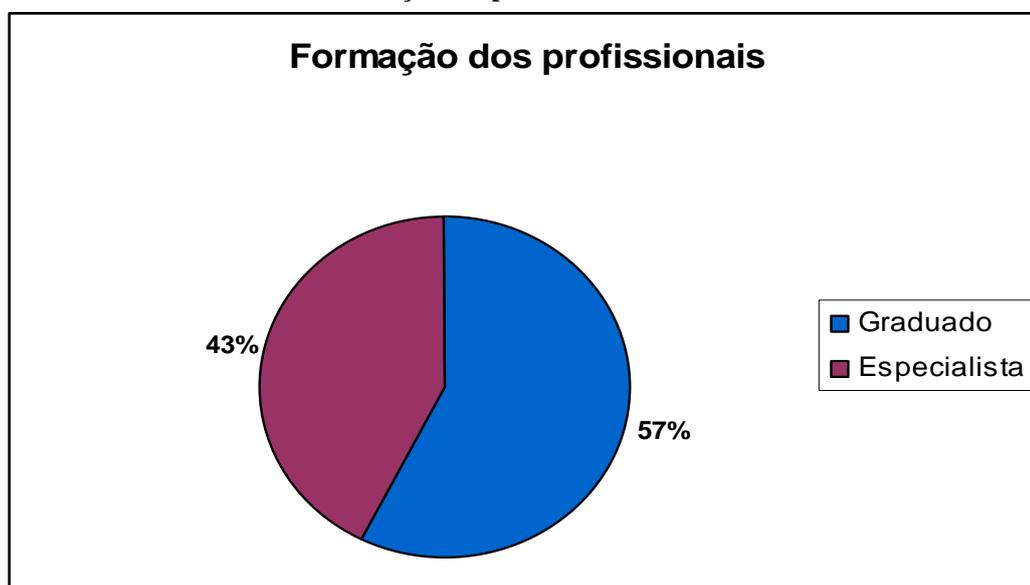
**Gráfico 21 – Estatística do período de conclusão da graduação dos profissionais entrevistados**



Fonte: Dados da Pesquisa de campo

Considerando a atualização contínua dos profissionais como uma prerrogativa da qualidade da atuação destes, tentamos identificar se os entrevistados possuíam cursos de especialização, fossem esses *lato sensu* ou *stricto sensu*. Tivemos como resultado que a maioria (57%) apenas possuía graduação e outros 43% tinham especialização todas *lato sensu*, e ainda, a maior parte dos que fizeram especializações tinham mais de uma. As especializações eram nas seguintes áreas: Serviço Social Contemporâneo; Saúde Coletiva; Residência em Pediatria; Cinesiologia Psicológica; Psicologia Yunguiana e o Imaginário; Arte Terapia; Sociedade, Educação e Meio Ambiente.

**Gráfico 22 – Estatística da formação dos profissionais entrevistados**



**Fonte: Dados da Pesquisa de campo**

Tentando estabelecer uma relação entre o tempo de conclusão da graduação dos profissionais e o fato de terem se qualificado ou não, verificamos quase todos os entrevistados com maior tempo de conclusão da graduação tinham se especializado, enquanto os que tiveram conclusão mais recente não o fizeram da mesma forma, isso pode ser explicado pelo pouco tempo transcorrido após conclusão do curso.

No que diz respeito ao tempo que trabalhavam no serviço de saúde em questão, três profissionais (44%) tinham de cinco a oito anos de trabalho, dois profissionais (28%) trabalhavam de dois a quatro anos, enquanto outros dois (28%) tinham menos de dois anos de inserção nos seus locais de trabalho.

Cinco destes profissionais tinham outro vínculo empregatício na função em que exerciam em tal unidade, um entrevistado tinha outro vínculo em outra profissão e uma não possuía outro vínculo.

No que concerne ao grau de satisfação com a profissão, dois (28%) se disseram pouco satisfeitos com a profissão, utilizando como argumento a pouca valorização salarial e reconhecimento profissionais. Ambos profissionais tinham formação recente. Três profissionais (44%) relataram estar satisfeitos. Tal satisfação decorria de se identificar com a profissão e achar que essas teriam uma função social. A não satisfação plena era relacionada a problemas enfrentados no cotidiano do trabalho como estresse em lidar com as expressões da questão social, não resolutividade dos casos, sobretudo, pela ineficácia da rede de atendimento no município, falta de condições de trabalho e de infra-estrutura. Esses profissionais foram os de conclusão da graduação mais antiga. Por fim, dois entrevistados (28%) relatam estar muito satisfeitos com a profissão por se identificarem com esta e por acreditar que suas atuações trazem benefícios diretos para a população usuária. Tais profissionais foram os de menor tempo de conclusão da graduação.

Por fim, perguntamos a estes se tinham algum tipo de participação política na sociedade, como em partidos políticos, movimentos sociais de qualquer natureza, mecanismos de controle social como conselhos, ou em órgãos da categoria. Apenas um profissional relatou fazer parte de uma Organização Não - Governamental relacionada à questão da defesa do Meio Ambiente.

### **3.4.2 Falando sobre um assunto problemático**

Inicialmente na entrevista, de forma a tentar mensurar o grau de entendimento dos entrevistados acerca do assunto foi perguntado sobre a concepção destes sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Geralmente preponderou a eleição da tipologia de violência, conforme estabelecido pela OMS, ou seja, violência física, violência sexual, violência psicológica e negligência ou omissão, ou ainda, o relacionamento dela com a violência de forma geral, conforme relatos abaixo:

*“Violência física, através de palavras .... (violência psicológica)” P1*

*“Violência física, verbal”. E2*

*“É séria. Deve haver regras para determinados abusos, já que violência é uma característica humana. Tem certas pessoas que não sabem utilizar sua violência para fins criativos, por conta de abusos de entorpecentes, de álcool, dos problemas sociais que a gente vive, eu acho que a questão da violência doméstica e contra crianças é uma questão séria porque as*

*crianças tem que ser protegidas, porque senão a violência não tem fim”.*

**PS1**

*“Abuso de força excessiva ou de termos ... violência falada, verbal, abuso de violência física ou verbal, uso de expressões inadequadas para usar com as crianças. A violência sexual cai na física né? Eu conheço a violência física, a violência verbal, a violência psicológica que acontece com pais separados e a sexual também. Nunca identifiquei negligência aqui, não. Como a gente mexe com uma classe que é de baixo nível socioeconômico, pai e mãe tem que trabalhar então a criança fica jogada, né. Mora em más condições, apresentam dermatites e dermatoses, então tem crianças assim que são maltratadas... mas, raramente vejo alguma com baixo peso, com baixo desenvolvimento ponto estatural, entendeu? Mas, como é uma região carente, de atendimento a pessoas carentes... não é negligência por querer e sim por necessidade” P2.*

Ou ainda, a explicitação de potenciais fatores causais da violência doméstica como explicitado nas falas a seguir

*“Violência doméstica em todos os sentidos? Violência maior não posso deixar de mencionar. Violência institucional, violência estatal, força da violência exterior, questão social. Pais estressados por essas causadas acabam descontando nos filhos. Pais sofrem violência e violentam. Conhecemos que o histórico familiar de violência tende a aumentar a violência doméstica contra crianças e adolescentes.”. A1*

*“Fatores psicológicos, transtornos familiares que levam o uso de drogas ilícitas, ou abuso de drogas lícitas. Condição financeira nem tanto, se bem que a maioria da violência ocorre com população carente, que vem ao serviço, não vem nenhum filhinho de papai, de mamãe aqui nesta unidade... criança mesmo, rebelde que tem problema com os pais faz alguma arte em casa e os pais acabam passando do limite com as crianças”. E1*

Existiam aqueles também que definiam claramente violência doméstica, sabendo destacar a tipologia adotada pela OMS. Cabe destacar, que a categoria profissional do entrevistado é aquela que no decorrer da pesquisa veremos ser o profissional a quem é atribuído nas unidades de saúde pesquisadas o papel de fazer a notificação dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes.

*“Violência doméstica é toda atitude, todo ato seja ele com palavras ou ações acontecida no âmbito do lar, na família, que venha a ferir a criança, prejudicar ela psicologicamente, moralmente, fisicamente. Violência física e também, psicológica. O tratamento com coerção. Omissão, que eu também considero violência”. A2*

### 3.4.3 VDCA, Estatuto da Criança e do Adolescente e notificação

No que tange o conhecimento da existência do Estatuto da Criança e Adolescente observamos que apenas um não conhecia (E1), um sabia da existência, mas nunca tinha lido (P2), outros ainda, conheciam, mas não tinham hábito de ler, ou mesmo só tinha lido fragmentos seja por necessidade no serviço (PS1), ou pelo fato de ter sido material de estudo obrigatório na graduação (P1). E por fim, havia profissionais que conheciam bastante e utilizavam com frequência no seu exercício profissional (A1, A2 e E2). Tal dado pode ser explicado no caso dos assistentes sociais pela função e atribuição destes profissionais na garantia dos direitos sociais e por legislações sociais como o Estatuto ser o instrumento de trabalho destes. No caso da enfermeira esta relatou o gosto por conhecimento das legislações e das necessidades dos profissionais da saúde, sobretudo, que trabalham na pediatria conhecer pelo menos o ECA e as leis orgânicas da saúde. Disse que o conhecimento destas possibilita uma maior argumentação no diálogo com o usuário e profissionais dos outros serviços.

Outra questão levantada para os profissionais de saúde foi sobre a obrigatoriedade da notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Apenas um profissional desconhecia tal obrigatoriedade, sendo este o mesmo que não conhecia o ECA. (*“Não. Quem normalmente faz aqui é o pessoal do Serviço Social”. E1*). Outro (P2) sabia sobre a obrigatoriedade, mas não sabia onde está estabelecida, conforme relato abaixo

*“Conheço, mas não sabe onde está estabelecida tal obrigatoriedade. Até porque se eu tiver um caso desses eu vou tentar trabalhar junto com o Serviço Social, junto com o Conselho Tutelar, ai vai ter que acionar o Conselho Tutelar e tal”. P2*

Os demais sabiam sobre tal obrigatoriedade, uns tendo aprendido durante a graduação (A2, A1, E2 e P1) e outros tomaram conhecimento no decorrer do trabalho na unidade.

*“Sim. Conheci aqui quando apareceram os primeiros casos, com orientação do Serviço Social que eu descobri que tinha que se fazer. Não sabia disso quando sai da universidade. Aprendi aqui. E percebi a resistência que as pessoas tem contra isso”. PS1*

Conforme relatado anteriormente, existia em ambas as unidades, de modo geral, um entendimento que o Serviço Social é o setor responsável pela notificação dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, e que tal responsabilidade às vezes era entendida como algo compartilhado, apesar de na maioria dos relatos ficar evidente uma transferência dessa responsabilidade pessoal/profissional para tal setor. Os relatos abaixo corroboram tais informações (Você tem o hábito de notificar ou participar da notificação?)

*“Não. Aqui como tem assistente social, a gente bota isso muito na mão dela, entendeu? A gente chama logo a assistente. Ela pega os dados, notifica, faz o relatório pro Conselho. Mas, a gente participa da notificação, porque a gente conversa, a gente ajuda, mas geralmente é ela que faz, a assistente social”. E2*

*“Nunca suspeitei ou presenciei” P2*

*“Com auxílio do Serviço Social sim, porque eles que tem o formulário. Eu não tenho formulário aqui. Com a assistente social eu já fiz algumas vezes. Até porque elas tinham essa experiência que eu não tinha, quando eu cheguei aqui, eu não conhecia esse tipo de coisa. Com o auxílio delas que eu fiz algumas vezes... Poucas vezes, 3 vezes, 4 no máximo, não me recordo. Não é uma coisa comum de fazer não”. PS1*

*“Nunca peguei casos, nem suspeitos”. P1*

*“Não que me lembre. Nunca peguei nenhum caso. Mas, se aparecer sei que tem que encaminhar para o Serviço Social”. E1*

Quando se tratava dos assistentes sociais fica clarividente o hábito de notificar, apesar de a notificação não ser realizada em todos os casos, conforme abaixo:

*“De alguns casos. Às vezes há uma banalização da notificação. Se notifica qualquer caso. Prefiro atender a família e orientá-la primeiro, só quando não consigo notifico. A banalização da notificação traz problemas, pois os Conselhos Tutelares têm uma série de demandas para terem que atender qualquer caso”. A1*

*“Sempre notifico. Quando chega aqui pra gente eu notifico”. A2*

No que concerne ao processo (procedimentos) para identificação e/ou notificação em casos suspeitos, confirmados e denúncia de violência contra crianças e adolescentes nas unidades de saúde estudadas, os entrevistados assim se referiram:

*“Falar com o Serviço Social. Não sou eu quem faço a denúncia. A família denuncia. Aciona a assistente social para notificar”. P1*

*“Em casos de suspeita notifico para o Conselho Tutelar, e envio relatório para a Promotoria de Infância, ou acompanho ao IML (quando é sexual). Denúncia nunca teve. Os outros profissionais (pediatra ou enfermeiro) chamam o Serviço Social, então faço abordagem com a família e notifico quando é o caso”. A1*

*“A pediatra me chama, ainda mais porque você tem que ter testemunha na sala, para avaliar um caso deste. Para depois não dizer que foi a pediatra que fez. É mais uma enfermeira ou pediatra junta, até mesmo para a criança não ficar constrangida. A gente conversa chama a assistente social para tentar colher alguma coisa da mãe. A assistente social conversa com a mãe.*

*Ai não dá certo liga pro Conselho e já levei muitas crianças no Álvaro Alvim, no ginecologista de lá”. E2*

*“Eu chamaria a assistente social para conversar, discutir o assunto, independente do tipo de violência. Eu sei que aciona o Conselho Tutelar, para ir para a parte jurídica depois”. P2*

*“Em casos suspeitos, a gente tenta encaminhar para o Conselho, fazer visita, verificar direitinho e depois encaminhar. Procura fazer visita domiciliar, ouve a primeira vez, vai investigar direitinho, para ver se é isso mesmo. Se der, ouvir outras pessoas para ver se confirma. Quando chega algum caso de violência física com feridas encaminhamos para o Pediatra, se for violência psicológica encaminhamos para o psicólogo. Tem médico que chama, mas, não são todos não. Tem colegas da enfermagem que manda ou chama par a gente ir lá no repouso. Geralmente chama para vir aqui, a gente conversa e depois a gente notifica. As vezes pessoas vem dizendo que vão denunciar. Eu estimulo a fazer”. A2*

*“Os casos que já chegam com relato de violência doméstica contra crianças e adolescentes, o meu trabalho é escuta e tentar trazer esse membro da família agressor para cá, para que ele perceba que tem mais alguém sabendo o que está acontecendo, para que a coisa tome outra direção (...) Nem sempre eu faço aquele boletim não (notificação). Essa notificação depois que ela é feita vai pra onde mesmo?”. PS1*

*“Minha parte é avaliar os ferimentos. Quando há suspeita de lesão por maus-tratos é diretamente encaminhado para o Serviço Social”. Aqui a gente trabalha como uma equipe multidisciplinar. Aqui ninguém toma o espaço do outro. Todo mundo respeita muito. Cada um faz sua parte. E tudo flui até de maneira mais rápida. Porque eu venho e avalio ferida, avalio uma lesão. A criança é avaliada e já é encaminhada. Se for violência, encaminho para o Serviço Social. E1*

Em alguns relatos acima ficam explícitos o desconhecimento de alguns dos profissionais entrevistados sobre a questão da notificação, o que pode ser visto, quando referem aos termos notificação e denúncia como se estes fossem sinônimos. A nosso ver uma dos grandes entraves para a questão da notificação por estes profissionais concerne em tal confusão. Estes encaram a notificação como uma denúncia, quando na realidade se trata de uma intervenção ética e compulsória que o profissional deve ter para a garantia do bem estar físico, mental e social do usuário que é atendido.

A denúncia se refere a um procedimento que outra pessoa qualquer possa fazer de forma a revelar a autoridades policiais ou da Justiça algo que vá contra a lei. Logo, cabe reafirmar que o profissional de saúde, ou de qualquer área quando publiciza um caso de violência doméstica não está infringindo qualquer lei, ao contrário está cumprindo com princípios dos seus códigos de ética que em todas as profissões de saúde defendem o trabalho no sentido de preservar a saúde e a vida das pessoas às quais prestam seus serviços.

Outro desconhecimento sobre a questão da notificação se refere ao fluxo no processo de notificação de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Este concerne em algumas etapas, conforme descrição a seguir: 1 – identificação de casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica, de preferência através do trabalho interdisciplinar ou multidisciplinar; 2 – Preenchimento da ficha de notificação compulsória em três vias, uma necessita ser enviada ao Conselho Tutelar responsável pela área de abrangência da residência da criança ou adolescente que sofreu a violência, a segunda via deve ficar retida na unidade para registro e a terceira precisa ser enviada para a Secretaria Municipal de Saúde em questão de forma que seja encaminhada para o setor de Vigilância Epidemiológica, que ficará responsável para o repasse de tais informações para a área de vigilância epidemiológica do Estado e deste para a União, de forma que tais dados possam ser processados e ao final virar dados de controle epidemiológico do país e então ser passível de criação de programas, projetos ou políticas de enfrentamento da questão.

Outra informação importante e necessária de ser esclarecida se refere ao fato de não caber ao profissional de saúde a investigação da violência doméstica contra crianças e adolescentes ou a busca de culpados. Sua função se restringe a identificar a violação de direitos da criança e do adolescente, e tal violação não necessita ser confirmada. Se houverem indícios concretos que a criança sofre violência deve ser notificado ao Conselho Tutelar, sendo este o órgão responsável por averiguar tal notificação.

A maioria dos casos de identificação dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes é realizada de forma separada, mesmo que algumas vezes envolva mais de uma categoria profissional. Porém, fica claro nos relatos que a notificação da violência doméstica para alguns profissionais é vista como uma atribuição privativa do Serviço Social. Isto nos mostra a dificuldade de se avançar no trabalho na área da saúde, de forma geral, assim como, especificamente nos casos de violência no sentido do trabalho interdisciplinar.

*“Os casos de atendimento de violência contra crianças e adolescentes são feitos normalmente separados. O pediatra atende na maioria das vezes e chama a assistente social quando acha algo estranho. Então fazemos o atendimento aos familiares. As vezes acontece junto (equipe)” AI*

*“É feito por alguns profissionais, não tem estruturado um trabalho multidisciplinar, não, porque não tem reuniões de equipe. Tem muitos colegas que eu só conheço pelos carimbos e encaminhamentos. Não tem essa organização aqui. Meu trabalho, por exemplo, com as a.s que estão no meu dia é assim, eu vou lá e converso, mas não tem um trabalho assim, integrado, com o Serviço Social, com a equipe médica, não. Infelizmente é cada um por si mesmo”. PSI*

*“Sei que o atendimento costuma ser multiprofissional, mas nunca atendi nenhum caso. Então não sei ao certo”. P1*

*“Não, geralmente assim. Não atende todo mundo junto não. As vezes o médico vem aqui e chama, ou chama o psicólogo, mas geralmente cada um atende no seu espaço”. A2*

*“Aqui basicamente pediatra ... depende do dia, porque eu me interessou e então corro atrás, mas tem enfermeiro que não quer se meter. Vai jogar pra assistente social, porque geralmente ela que resolve isso, mas normalmente o pediatra vai chegar e vai falar. A gente discute o caso para saber se é ou não é. Ai a assistente social liga pro Conselho, porque geralmente já acompanha os casos”. E2*

Fica evidente que cada profissional realiza as ações que considera como sendo suas, não conseguindo visualizar a importância do compartilhamento e entrelaçamento dos saberes. O máximo de envolvimento que pode ocorrer é no momento de repasse do caso. Tal ação reafirma a visão do indivíduo como partes segmentadas e acaba por evidenciar o não entendimento da saúde em seu conceito ampliado. Quando falamos sobre trabalho interdisciplinar nos referimos ao conceito de interdisciplinaridade que

não representa a anulação da disciplinaridade, nem a especificidade de cada saber, mas a possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença, objeto do trabalho em saúde, passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar e por uma prática multiprofissional. (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p.460-461)

Não desconsideramos que a prática interdisciplinar nos serviços de saúde não seja algo complexo, dado o fato de ser uma tentativa de ruptura com um paradigma arraigado culturalmente no qual o sistema é centrado na figura do médico, e ainda, na dificuldade real que há em trabalho do profissional se expor para um outro que tem vivências diferenciadas, formações distintas e concepções filosóficas divergentes. Porém, faz-se necessário transpor tais limites, tendo em vista que tal integração entre estes profissionais pode trazer efeitos melhores para o usuário que demanda atendimento às suas necessidades que são plurais. Apenas se rendendo ao trabalho interdisciplinar podemos enxergar o sujeito em sua totalidade e estaremos prontos a dar respostas mais qualificadas e em consonância com o conceito ampliado de saúde.

Sabemos que o sistema de registro de informações em unidades de saúde, ou em qualquer outro setor é de extrema importância, pois este possibilita estudos futuros sobre as demandas atendidas, perfil dos usuários e ainda, servem para subsidiar projetos para

implementação de programas e ações, ou seja, a partir dos registros, há uma possibilidade de haver sistematização de dados que “envolve a produção, organização e análise dos mesmos, a partir de uma postura crítica-investigativa”.(ALMEIDA, 2006, p. 403) . Assim sendo, foi perguntado aos profissionais entrevistados se é procedimento registrar e como ocorre o registro dos casos de violência atendidos.

*“É difícil enfermeiro se envolver com isso, é porque sou metida e faço. Porque a assistente social faz o relatório dela lá, então a gente nem registra” E2*

*“Sim. Em prontuários individuais que ficam dentro do meu arquivo aqui. Não é o prontuário coletivo, por conta da questão do sigilo. E só tem a chave do arquivo, eu e a outra psicóloga.” PS1*

*“Registramos no livro de ocorrência e as fichas de notificação ficam no setor”. A1*

*“O registro fica lá no Serviço Social e no livro de ordem e ocorrências da enfermagem” E1*

*“Registro nessa folha que a gente tem. Numa folha específica.(notificação) E também no livro de ocorrência” A2*

Os profissionais informaram que o registro é realizado nas fichas de notificação de violência doméstica contra crianças e adolescentes que ficam armazenadas nas salas do Serviço Social ou nos livros de ocorrência de cada categoria profissional. Porém, pelo que parece não há um sistema de registro que permita verificar, por exemplo, a reincidência de casos de violência nas unidades de saúde.

A sistematização nos casos de violência contra crianças e adolescentes é de extrema importância posto que permitirá um conhecimento desse usuário e do histórico de vida, e de violência perpetrada contra ele, caso seja necessário. Além disso, essa sistematização impede a fragilização cada vez maior do usuário ao passo que o mesmo tem que contar seu histórico de violência para todos os profissionais que o atenderem, o que causará uma revivência do caso desnecessária e traumatizante. (MONTEIRO, 2010, p.488)

Um dado importante percebido nas entrevistas é que excetuando-se os assistentes sociais, os todos os outros profissionais nunca viram uma ficha de notificação de violência doméstica contra crianças e adolescentes, o que pode evidenciar o pouco preparo, o

desconhecimento ou o descaso em conhecer mais e adotar a prática da notificação de VDCA como um procedimento que faça parte do trabalho.

Algo que também merece ser destacado no processo de trabalho em saúde é a questão da referência e contra-referência. A referência seria o encaminhamento para um serviço no interior de um mesmo serviço, ou em serviços externos. E a contra-referência é a resposta sobre o que foi realizado após tal encaminhamento (referência). Apesar de dada a importância isto tem sido um ponto sem nó nos serviços, já que quase não ocorre. Da mesma forma ocorre nos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Os profissionais informam que apesar de ocorrer a referência nos casos de notificação, tanto para o acompanhamento do Conselho Tutelar quanto para os serviços da rede socioassistencial, a contra-referência nunca ocorre e só tomam conhecimento dos desfechos dos casos se os próprios usuários e/ou familiares informarem aos profissionais.

Ficou evidenciado também que a maioria dos profissionais desconhece e/ou não utiliza manuais ou procedimentos padrão para atuação nos casos de identificação de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Só um profissional (E2) relatou conhecer, ter lido manuais, por conta própria, pois baixa na internet, trabalhos de acidentes domésticos, manuais do Ministério da Saúde, agenda da criança, entre outros.

Tal desconhecimento pode gerar um atendimento precarizado, já que o profissional não conhece os tipos de lesões que podem ocorrer nesses casos, e logo, não conseguem identificar.

### **3.4.4 Visão dos profissionais em relação aos familiares perpetradores violência**

Entender a visão que os profissionais de saúde que lidam com a questão da violência doméstica têm das famílias ou membros abusadores é importante, pois a partir dessa concepção podemos entender o atendimento dos casos e os direcionamentos das ações destes.

Podemos seccionar os depoimentos dos profissionais em duas visões preponderantes. Os primeiros relatos mostram que há um preconceito e certa resistência na maneira de entender tais membros, classificando estes como pessoas inescrupulosas, imorais, famílias desestruturadas, ou atribuindo às famílias pobres a violência contra as crianças e adolescentes no âmbito doméstico.

*“Pra mim tem que ser preso. Depende. Quando é abuso sexual. No caso da violência psicológica tem que conversar”. P1*

*“Ah, geralmente são pessoas com algum vício. Ou alcoólatra ou usuário de drogas, casal desajustado, desequilibrado. Na minha mão até que não para muito não”. A2*

*“Complicado. Eu acho que a culpa é do governo. É a facilidade, o assistencialismo, do Bolsa Família, de um cheque cidadão. Ai você vê aquelas famílias que não tem condições de nem ter um, nem dois, tem seis. Acho que é uma maneira de aumentar a renda. Ai você junta tudo. A parte social, o alcoolismo, as mães hoje acho que estão até piores que os homens, que os pais. Acho que é mesmo questão de educação, sei lá... de religião, de tudo. Tá muito banal, filho parece que virou mercadoria, não tem aquela ligação, não. O negócio é fazer filho, e o governo apóia isso. Acho que é patológico também, com certeza. Normal pra mim não é, um pai ou um mãe violentar um filho, deve ter algum distúrbio de personalidade. Eu não vejo uma pessoa normal. Tem casos que eu acho que é uma patologia, um distúrbio de caráter, assim, não é dizer que é mau-caráter, assim é um distúrbio, né. Você ter uma atração por uma criança de 4 ou 5 anos, a nível sexual, entendeu?... eu acho que os quatro tipos de violência tá tudo junto. Acho que um pai que agride fisicamente, geralmente vai agredir verbalmente. Eu acho que acaba fica tudo junto, não a sexual, em todos os casos”. E2*

*“Eu acho que está intimamente ligado ao nível socioeconômico. Qualquer tipo de violência. Há mais chance de ocorrer violência de qualquer tipo no nível social mais baixo, do que no nível de violência. O fato de haver abuso de álcool, o pobre usa muito álcool, a cachaça, tem a vida mais difícil, não têm com quem deixar as crianças, os pais tem que trabalhar. No abuso sexual a mesma coisa. Está correlacionado com o nível social, com certeza, se você vir os números eles mostram mesmo. Claro que cada pessoa é uma pessoa, existem pessoas de todas as índoles na sociedade. Não é só porque é pobre que maltrata os filhos. Eu acho que é isso está correlacionado com a pobreza e com o uso e abuso do álcool e de outras drogas”. P2*

Outro grupo de profissionais já tem uma visão mais ampliada da questão e tentam considerar a problemática mais na essência, tentando desvendar o que há por trás dos maus-tratos perpetrados contra crianças e adolescentes.

*“Existe algo maior por trás da história de quem violenta. Não sou radical, trabalho isso em mim, para tentar entender essas atitudes. No caso de violência sexual é diferente. Não dá para colocar tudo no mesmo bolo”. A1*

*“A visão que provavelmente eles foram vítimas também. Porque pelo que me lembro há uma relação direta entre o violentador ter sido violentado. Então, a minha tentativa de trazer o violentador para cá, tem que haver uma sensibilização ali, pois muito provavelmente ele foi violentado. Tem uma leve tendência em acreditar nisso, em todos os tipos de violência. E quem foi maltratado, tende a maltratar”. PS1*

*“É reação em cadeia. Filhos que são maltratados acabam tendo dificuldade em seu desenvolvimento psicológico. Vai ser o retrato da relação destes com os pais. Tentam descontar os traumas deles nos inocentes, sem defesa. Mais traumas, às vezes, problema de caráter. Se a gente estudar a vida da pessoa vamos ver que já passou por algum tipo de problema, se estudarmos tem uma história por trás daquele cenário. O abuso sexual já tem questão daquela pessoa que já é paciente, faz tratamento, faz o abuso em caso, e como se fosse um mau caráter. Tem uns que são tratáveis e outros que são transtornos psicológicos, que são pacientes psiquiátricos”. E1*

### **3.4.5 Notificação, encaminhamentos e órgãos de defesa dos direitos das crianças e adolescentes**

Nos casos de violência algumas vezes eram realizados encaminhamentos, seja, para o Conselho Tutelar (a notificação), quanto para o Ministério Público e outros serviços da rede socioassistencial como para programas, Centro de Referência da Criança e Adolescência, CAPS AD, CAPSI, Resgate, ou ainda serviços de Neurologia, Psicologia e Psiquiatra. Tais encaminhamentos eram realizados preponderantemente pelo Serviço Social que era o setor que notificava os casos. Tais profissionais relataram como limites para a notificação a inexistência de serviços básicos na rede para atendimento tanto à criança violentada quanto ao membro agressor, como veremos a frente.

Tratamos também sobre a questão da percepção dos profissionais de saúde sobre o cumprimento da função dos órgãos de defesa dos direitos das crianças e adolescentes, se acreditavam que estes cumpriam tal função.

*“Não. Ainda falta muito. Falta política de atenção básica, tanto na saúde como na assistência social. Falta integração das políticas. O que ninguém deu conta vai para o Conselho Tutelar e Juizado da Infância. Falta efetividade nas políticas e no monitoramento que avalie o impacto na vida das pessoas. Falta avaliar a fala dos usuários”. A1*

*“Acho que sim. Acho que tentam. Porque é o órgão que tem que. Acho que tentam há muito tempo, né?” PS1*

*“Não conheço o Conselho Tutelar. Sei que existe. (Função) Mais de fiscalização e punidora... alguns casos de tirar a guarda da criança da família. Acredito que cumprem a sua função quando são notificados. Porque muitas vezes acontece uma agressão e os próprios familiares não deixam, a própria criança quer continuar com o pai e mãe... tem medo. A criança nega a agressão”. E1*

*“Médio. Eu acho que cumprir, cumpre, mas eu acho que muita coisa se perde. Acho que não tem como fiscalizar muito de perto. Acho que são poucos conselheiros para um município muito grande. População muito grande. Jovens muitos ansiosos. Aqui em Travessão você não tem lazer para*

*adolescentes, público não tem nada. Não tem um praça, não tem nada. Eu pelo menos não vejo nada. De esporte, futebol”*. **A2**

*“O Conselho Tutelar seria o órgão de ligação, intermediário. Acho que é o que mais deixa a desejar, porque já escutei relatos no HGG, já peguei um caso de violência e tal e tentaram ligar pra Conselheiro de madrugada e eles desligarem celular, não conseguir contato com eles. Certos Conselheiros somem nos finais de semana, nos feriados. Eu acho que ele faz um intermédio, entre o Serviço Social, a gente aqui, a unidade e a parte jurídica do negócio, fica ali no meio termo, serve de intermédio né”*. **P2**

*“A Promotoria da Infância sempre funciona, pois já encaminhei casos de internação, cirurgia com urgência. O caso do Conselho Tutelar aqui, sempre foi, tenho conhecidos que são conselheiros. Não é dizer que todo mundo é assim, pois tive casos positivos, mas eu vejo que tá cada vez pior. Eu não vejo interesse. Eu não sei como que resolve. Fica visitando a criança. Eu não sei. Esses Trâmites aí já não é a minha parte. Eu não sei como é que é. Eu sei que aqui eles atua, quando a criança evade, a mãe não interna, eles vão na casa da mãe. Mas, eu vejo mãe perdendo guarda de filho, então acho que isso aqui até funciona. Vigia, vai, alguns casos que eu sei que a assistente social me conta. Mas, alguns conselheiros eu não vejo (o trabalho). Acho que falta interesse, não são capacitados, não conhecem lei, não conhece direitos. Já peguei caso de conselheiro me perguntar o que ele fazia num caso. Poxa, um conselheiro perguntar pra mim, o que que faz? A nível de capacitação, de conhecimento, de argumentar eu não vejo. Acho de vez em quando que nunca leram o ECA”*. **E2**

Tais falas remetem a duas discussões importantíssimas e correlacionadas, que necessitam ser discutidas. A primeira referente aos problemas dos Conselhos Tutelares e a outra no que concerne a rede de políticas que deveriam estar estruturadas para atendimentos aos sujeitos envolvidos nos casos de violência doméstica. Os entrevistados apontam problemas nestes órgãos de garantia de direitos, o que vem corroborar com as discussões em pauta na realidade sobre estes.

Apesar de os Conselhos Tutelares serem os órgãos designados pelo ECA para receber as comunicações de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos, não estão implementados em todos os municípios brasileiros, e mesmo onde instalados funcionam muitas vezes em condições adversas: trabalhos recentes atestam a falta de infra-estrutura para seu funcionamento, a precariedade de serviços de retaguarda para executar as medidas aplicadas, a formação heterogênea dos conselheiros e a grande demanda de serviços que estes órgãos enfrentam (CAMURÇA, 1999).

Além das dificuldades supracitadas que os Conselhos Tutelares enfrentam, existem questões relativas a eles que necessitam ser discutidas. A visão que os alguns profissionais de saúde e a população têm em relação a tal órgão é bastante deturpada da sua real função. Conforme o artigo 131 do Estatuto da Criança e do Adolescente, o Conselho Tutelar é “um

órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente”, logo, não tem função de punir ninguém. Não foi criado como relato de muitas pessoas para tirar guarda de filho, mas sim para garantir os direitos das crianças e adolescentes. Além disso, deve ser visto mais como parceiro do que como espaço de tomada de decisões arbitrárias, tanto é que a mesma lei estabelece no artigo 136 Inciso III Parágrafo a, como uma de suas atribuições promover a execução de suas decisões, podendo para tanto requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, Serviço Social, previdência, trabalho e segurança”. Tal órgão deve ser utilizado e visto nesse sentido, de mediador entre o Estado e a família, esta última que muitas vezes tem seus direitos negados pelo primeiro. Só depois que mudarmos a visão que temos sobre tal órgão poderemos fazer da relação com este um espaço de ganho para todos, sobretudo, para as crianças e adolescentes. Logicamente, que não nos iludimos pensando que não ocorrem apropriações indevidas por parte de alguns Conselheiros no que tange a sua real função, mas no momento em que os profissionais de saúde conhecem e sabem quais são as atribuições deste órgão poderão dialogar e direcionar as questões para um sentido de garantia dos direitos.

#### **3.4.6 - Notificação de VDCA nos serviços de urgência: entraves e potencialidades**

Entendendo que existem algumas dificuldades de se identificar e proceder a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica contra crianças e adolescentes, sobretudo, nos serviços de saúde seja ele de qualquer natureza, perguntamos aos entrevistados a percepção destes da existência de limites de trabalhar tal questão nos serviços de saúde de urgência e de que entraves são esses. Alguns expuseram que uma dificuldade é a de negação do ocorrido pela família e/ou pela criança ou adolescente, o que impediria de identificar os casos, conforme os seguintes relatos.

*“Na identificação dos suspeitos. Não há política para tratar isso e só nos resta encaminhar. É angustiante porque não se tem uma contra-referência, porque a rede não funciona. Se os níveis de hierarquização não funcionam, não tem como atender bem. Um grande exemplo é a demanda para neurologista”. A1*

*“A dificuldade é esconderem os fatos, né? Quando escondem as evidências ou não relatam a história real do caso. Mas quando os três fatores se encaixam, todo o processo de notificação e acompanhamento é realizado. Quando são pacientes com lesões graves, não passíveis de serem tratados em casa, acho possível de notificar, mas acredito que pequenas lesões ou*

*agressões verbais, as agressões psicológicas nós não conseguimos notificar. Violência física é possível, mas agressão psicológica a assistente social não consegue notificar, porque ocorre no âmbito familiar de cada um”. E1*

Tal dificuldade pode ser explicada pela falta de conhecimento dos profissionais de saúde de indícios, sinais, sejam eles físicos ou comportamentais que podem esconder uma possível violência. Apenas através da capacitação destes profissionais poderemos garantir uma melhor identificação da violência doméstica e adolescentes nos serviços de saúde. Além disso, a abertura de espaço no interior desses serviços para um trabalho de atendimento conjunto pelos profissionais auxiliares, ao passo que quando há diferentes profissionais, com olhares diferenciados, as chances dos casos serem desvelados são maiores.

Um profissional relatou haver uma falta de habilidade dos profissionais em lidar com esses casos e poderíamos até acrescentar, a resistência em fazê-lo, pelo fato de dar trabalho e ser um assunto complexo, do qual os profissionais preferem se eximir da discussão.

*“Acho que limites que existem, são os limites, assim do cuidado com a criança, porque como te falei. Aqui, eu recebo muitos encaminhamentos, mas existe muito abandono do tratamento. As pessoas param de vir. Isso é um fator que limita a atuação. As pessoas não estão motivadas, não acreditam que tem como fazer, como vai ser feita uma reparação desse caso. Ou a banalização ... acha que isso acontece mesmo. Acho que isso é um dos maiores limites que a gente enfrenta. A falta de habilidade dos profissionais para lidar com esse tipo de coisa é outro problema”. PS1*

*“Acho muito fraco a identificação. Acho que há desleixo dos pediatras, muita questão de capacidade também. De vez em quando não sabem diagnosticar dengue, quem falar violência doméstica (de forma geral). Acho que existem limites, mas é importantíssimo. Acho que em todo serviço de urgência você tem obrigação de lidar com isso, a questão da violência física, das marcas, o que pode ser, o que pode não ser. Acho que tinha que capacitar. Médico acho até que é pior. A grande demanda também. Isso daqui é o inferno. É a grande questão. Isso aqui virou um grande ambulatório. O pediatra cansa para caramba. Mas, aqui elas (pediatras) não vão deixar passar não. No caso da negligência elas não notificam, colocam na ficha de atendimento, conversam com a família orientando, mas, isso não coloca em papel. Acho que questão de cultura, de costume. A gente tá mais acostumado a ter que notificar violência sexual, aquela coisa assim gritante, negligência nunca vi ninguém notificar, só assistente social (...) ”.*  
**E2**

Um profissional atribuiu à falta de tempo o limite de se trabalhar a questão nos serviços de saúde de urgência, conforme relato.

*“É difícil, pois os serviços de urgência, é um serviço assim, é um plantão de 24 horas, desgastante onde você mexe com urgência, que pode tirar um pouco seu foco. Fica mais difícil identificar uma violência na urgência que no ambulatório, que você tem mais tempo, as coisas são menos corridas, que dá pra você colher uma história melhor”. P2*

Como acreditamos que existem potencialidades de trabalhar a questão da violência contra criança e adolescente nos serviços de saúde de urgência, assim como, estudos apresentam tal possibilidade, questionamos aos entrevistados sobre o assunto.

*“Aparecem os casos, porque sabem que mesmo que não se resolva ali, mas você será encaminhado, vai passar por outra instância. Acho que eles procuram sim. Não por ser especificamente de urgência, mas por ser uma unidade de saúde que tem várias profissionais. Por ser um local que eles confiam. Por ter profissionais. Então eles procuram, para buscar uma orientação, ajuda. Tem gente sabendo que até não vai resolver, mas vem buscando uma orientação, que caminho, que rumo tomar, onde devo ir. Acontece muito isso”. A2*

*“Acho que no hospital é onde isso aparece, né? Mas, de emergência. O lugar onde isso tende a aparecer é aqui. Onde vai aparecer? É na escola? Ou é na Delegacia quando chega-se ao ponto extremo, ou é aqui. Não sei se os profissionais estão preparados para lidar com esse tipo de demanda. Por isso, acho que acabam surgindo esses serviços especializados em trabalhar com isso. Porque acaba sendo um tratamento muito específico, que a equipe trabalha com esse tema. O hospital não tem essa característica. Por ser um serviço de urgência, ele não tem essa especialização para trabalhar com isso. Acho isso interessante! Eu acho quando surgem esses grupos de trabalho, violência infantil, violência doméstica, uma especialização, uma equipe voltada para aquilo, eu acho que nesses casos, o usuário é acolhido por uma equipe multidisciplinar, aí acho que o serviço funciona melhor... as profissões se complementam”. PS1*

*“A violência vai chegar certamente na urgência, porque é um trauma ... físico, mas violência sexual e psicológica não ficam evidentes na emergência. Por causa dos traumas físicos, das lesões ou sequelas delas... traumas físicos aparecem nos serviços de urgência”. P2*

*“Acho que sim, porque é porta de entrada da maioria desses casos. Acho que é obrigação do profissional da urgência e da emergência identificar isso. Geralmente se você for olhar no ambulatório é muito difícil um pai levar um caso assim. A gente nota coisas muito erradas aqui. Sofre represálias”. E2*

Corroborando com o relato dos relatos acima, defendemos que os serviços de saúde de urgência são lugares privilegiados para a identificação da violência doméstica contra crianças

e adolescentes. Moura et al (2008, p. 2927) coloca a questão da emergência e estendemos tal entendimento para os serviços de urgência, assim sendo, entendemos que

Durante os atendimentos podem surgir oportunidades privilegiadas para observação de lesões corporais agudas, tais como escoriações e fraturas sem motivos que as justifiquem, marcas de queimaduras propositais, dentre outros sinais considerados “típicos” de atos violentos. Ademais, diversos autores vêm chamando a atenção sobre a possibilidade de uma primeira intervenção das equipes em situações de estresse e conflito familiar. Os serviços de emergência oferecem assistência em plantões de 24 horas e um relativo anonimato durante o atendimento, este último podendo facilitar a revelação de situações de conflito. Representam ainda o primeiro e, por vezes, o único contato das vítimas com o setor de saúde. Mesmo quando a violência não é a queixa principal relatada por ocasião da consulta de emergência, a procura por assistência nestes serviços pode representar uma oportunidade de detecção de casos.

Parte dos relatos anteriores vem apontar algo que quase todos os profissionais sugeriram que é a necessidade de existência de serviços especializados em atender tal demanda e que iremos discutir posteriormente.

Outro profissional respondeu que acredita que não é possível se trabalhar tal questão por falta de tempo e demanda grande no serviço de atendimento, conforme segue

*“Acho que não é possível. Não tem como perder muito tempo para saber o que houve. Já a assistente social pode descobrir alguma coisa”*. P1

Um profissional só considerou o trabalho destes casos nos serviços de urgência se violência for relatada, o que é desconsiderar o próprio histórico e cultura do silêncio em torno da violência doméstica.

*“Não, se os familiares esconderem os fatos”*. E1

Outra questão proposta para discussão aos profissionais foram os entraves que vêm para que o processo de notificação ocorra. Estes se referiram a falta de interesse de alguns profissionais para identificar a violência e notificar, a falta de conhecimento sobre o tema, o paradoxo entre a obrigatoriedade da notificação e o sigilo profissional, entre outros que podem ser observados a seguir.

*“Os médicos não têm visão e o grande número de atendimentos desqualifica o trabalho. Tem que estar mais disponível para a escuta”*. A1

“Eu acho que a falta capacitação é o maior entrave. Falta de conhecimento sobre o assunto, por isso acho que um centro voltado para isso tende a fazer o serviço melhor, porque sabem lidar melhor com aquela temática, sabe qual é o problema... e o serviço de saúde como o hospital tem essa característica. O sigilo profissional é outro entrave. É um campo muito controverso, porque ao mesmo tempo que temos que fazer, essa denúncia, nosso Código de ética fala dessa questão do sigilo. Eu fiquei muito tocado nesse assunto quando uma Promotora me pediu um laudo, como vou fazer um laudo do caso de uma criança de 14 anos. Que eu não sei se essa criança foi violentada, e nunca vou poder saber, né? O fato em si, se foi violentado ou não foi eu não tenho como avaliar. Psicologicamente eu posso falar se a criança está abalada ou não por aquilo, mas a violência eu não tenho como afirmar isso. Eu posso afirmar que o clima da família está comprometido por conta do aparecimento dessa denúncia, essa hipótese. E a questão do sigilo é assim, o quanto que eu não vou expor essa pessoa, o quanto expor essa pessoa a esse lugar, vai dar esse estigma de violentado a ela? Então assim eu acho que esta questão do sigilo, é uma questão complicada mesmo, porque o psicólogo muitas vezes, ele não é, não sabe trabalhar em equipe, entendeu? Ele trabalha muito sozinho. Eu tenho essa impressão muitas vezes. A gente acaba não tendo contato com a equipe. Por conta dessa característica de trabalhar muito com porta fechada, essa questão do sigilo, essa coisa de privacidade, de se trabalhar com a vergonha do indivíduo, de se trabalhar com o sofrimento no caso psicológico, né, a subjetividade, como a pessoa entende o sofrimento. Acho que a questão do sigilo ganha essa importância, porque o quanto que você pode expor o indivíduo que vem e fala as desgraças dele pra você? o quanto você pode expor isso para outro pessoa, que ele não expôs? (...) eu acho que sim. Porque uma coisa que eu faço é isso. – Olha, nós temos que fazer uma denúncia. Oriento que tem que ser feito, mas eu não posso fazer pela pessoa. Se a pessoa fala que acha que temos que fazer aí vou procurar o Serviço Social para me ajudar. Não será feito se a pessoa disser que não quer fazer. Como é que vou fazer por ela se ela não quer que faça. Tem muitos casos que as pessoas da família querem ocultar aquilo. O que eu posso fazer é orientar, dizendo você tem que fazer, isso não pode passar em branco, porque senão pode repetir, acontecer de novo. Nós temos que cuidar para que não aconteça de novo, você tem que tomar providência, não pode ficar de braços cruzados. É o tipo de sensibilização que eu tento fazer. **PS1**

“Com certeza...não querem se envolver. Não é nem questão de ter medo por represálias, que eu acho que também rola, dependendo da área que a gente trabalha, as pessoas até ameaçam mesmo, eu sou mulher do traficante tal, não manda o Conselho na minha casa não. A gente vê muito isso aqui, mas acho que é questão de não envolvimento, não quero me envolver, não quero questões na minha cabeça, não é problema meu. também é trabalho preencher papel. E tem a questão do costume do pediatra ter que fazer a notificação, não é acostumado, em Campos você não vê nada, não vê padronização, não vê rotina. E vai ser difícil colocar médico para fazer isso. Principalmente para assinar embaixo. Se for lei vão ter que fazer, porque ele identificou a negligência, ele é o profissional técnico capacitado para diagnosticar, ele como médico viu que tinha alguma coisa errada ali. Dá o respaldo nisso aí. Vai ser muito difícil”. **E2**

No relato anterior o profissional de saúde discorre sobre a questão da cultura profissional do médico. Sobre tal assunto atrelada a notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes, Njaine e Souza (2003, p.270) reforçam que

no campo da saúde, observa-se que a atuação dos responsáveis pela geração de dados sobre violência é, muitas vezes, desprovida de significado. O profissional da saúde, sobretudo o médico, desqualifica a tarefa de preencher os formulários que geram a informação, considerando-a menos importante dentre todas as que eles têm de exercer. Isso ocorre basicamente por duas razões: primeiro, por causa de uma cultura que tradicionalmente desvaloriza o registro e, em segundo, porque não é dado ao profissional responsável um feedback em termos de ações e medidas concretamente desencadeadas a partir da informação que foi gerada.

Um pediatra definiu como entrave, problemas que poderiam surgir com a decisão de notificar, que corrobora com outros estudos sobre assunto.

*“Falta de proteção ao médico no local do trabalho, a vingança. Medo de errar e ser processado. Não é o meu medo, mas é o medo de alguns”. P2*

Como o tema central do trabalho é entender como tem se dado a atuação dos profissionais de saúde na identificação/notificação dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes tentamos identificar a percepção dos profissionais sobre o assunto.

*“Falta responsabilização. Entender que é uma atribuição, principalmente do médico. Falta de perspectiva de luta pela garantia dos direitos das crianças e adolescentes, que é o que diferencia do Serviço Social. O médico se coloca em outro lugar... tipo é pobre... há uma naturalização da pobreza”. A1*

*“Quando há casos de violência, até tem nesse painel aqui. Tem um recado para os profissionais, se identificarem encaminhar para o Serviço Social para tomarem providência. Eu acho que quem está lidando mais direto coma as crianças, que são os pediatras, que recebem mais e vêem as crianças, o pessoal da emergência e a gente da psicologia está mais atento a isso”... PS1*

*“Tem médico que tem medo de fazer e não faz. Assim, como outros profissionais”. P1*

*“É um trabalho equipe, que é importante sim. É definido com um trabalho em equipe, desde a parte médica, vem a parte da enfermagem e do Serviço Social para notificação e acompanhamento... a parte investigativa é da assistente social” E1*

*“Obrigatória e importantíssima porque normalmente aonde vai se detectar violência vai ser nas unidades de saúde. Acho que não estão preparados para isso. Falta experiência... Notificar todo mundo sabe... falta de conhecimento. A mentira e a omissão dos pais (...). E todos os profissionais tem medo de represálias”*. **P2**

*“Acho que quem tem mais preocupação com esses casos, em notificar é o Serviço Social. Agora o psicólogo também fica, mas o médico não tem não. Tem médico que atenta por esse lado. Mas, tem médico que deixa, faz só a parte dele e não se preocupa com esse lado. Tem vários enfermeiros que são comprometidos com isso, que encaminha, chama, vem aqui. Mas, não vou dizer que são todos. Acho que ter o olhar pra isso é importante, muito importante. Porque você se depara com isso toda a hora, você liga a televisão é o que você mais vê. É em escola, é geral. Tem vários colegas aqui que tem esse olhar, que estão atentos a isso”*. **A2**

*“Acho que o papel deles é importantíssimo. A notificação é direcionado para o Serviço Social. Isso cai muito como um papel para o assistente social. Assim. É identificado pelos profissionais de saúde (médico e pediatra). Acho que não seja uma atribuição privativa do assistente social. Mas, é legal para dividir tarefas, aquela coisa multidisciplinar mesmo, eu vou reconhecer. O médico vai falar eu fico atendendo paciente o dia todo e ainda vou notificar, então. Isso fica para a assistente social. Ela tem um tempo mais livre para isso, entendeu? Já ta mais acostumada, então virou aquela coisa cultural. Mas, a identificação acho que é feita por todo mundo. Eu vejo muito a equipe de enfermagem, principalmente a equipe de enfermagem, fala a mãe tava fazendo coisa errada com aquela criança, no meu plantão a gente passa a assistente social. A notificação cai para cima da assistente social e ela que assina, pois ela que manda, ela que encaminha, ela que tudo, a gente não tem nem acesso a essa notificação. Acho que os profissionais de saúde são peças fundamentais na identificação, Noventa por cento dos casos eles que vão ver, não todas as violências, mas, a física e a sexual, é o profissional de saúde que vai ser a primeira pessoa, o primeiro contato, que vai pegar aquela criança com alguma desculpa. Você nota que o pai está com atitude diferente, você reconhece características na criança, por isso que acho importante esse manual, entendeu? Forma de queimadura, forma de cinto, forma de não sei o que. Olha as costas da criança e consegue ver que a criança apanhou, deixou marcas, o médico quando faz um raio x consegue enxerga que a criança está com a costela quebrada... se interroga a criança tá com uma fratura dessa. Mas, acho que eles não estão interessados e não são acostumados, essa cobrança, essa coisa da responsabilidade dele, como profissional de atuar nisso ai. A gente aqui vê muita coisa feia, triste”*. **E2**

De modo geral, vemos que há uma transferência da responsabilidade de realizar a notificação e acompanhar os casos para o Serviço Social, ou uma avaliação generalizada que os profissionais, sobretudo, médicos e enfermeiros não estão tão comprometidos com a causa, ou não visualizam isso como algo intrínseco ao trabalho.

Segundo Pires et al (2005, p.102), algumas explicações para a negação dos profissionais médicos, e estenderíamos também aos outros profissionais, em notificar violência doméstica contra crianças e adolescentes seriam

o tipo e o grau de gravidade dos maus-tratos, o conhecimento insuficiente sobre os procedimentos de notificação, a deficiência de estruturas de atendimento, influências culturais, experiências prévias, desconfiança nos serviços de proteção à criança, medo de serem processados e envolvimento emocional com a família da criança vítima.

Outros profissionais dizem considerar a importância do trabalho interdisciplinar e a importância da atuação do profissional de saúde diante de tal problemática, porém, mas do que reconhecer é se propor a mudar e entender que essa demanda precisa ser atendida por todos, que é uma função da equipe de saúde, e não de profissionais isolados. Não cabe o discurso de ajuda a identificar, desde que não me comprometa. Ou, identifico, mas assinar papéis, assumir responsabilidades com esta identificação ao notificar, não faz parte do meu trabalho, porque não tenho tempo, porque não quero, porque não tenho interesse, ou por outro motivo qualquer.

Falando nisso, é importante na discussão da notificação de violência doméstica contra crianças e adolescentes deixar claro que não é um processo fácil, ou livre de impasses. Notificar ou não, significa muitas vezes uma decisão tão importante quanto de um médico ao atender um caso de emergência, pois tal decisão pode trazer efeitos drásticos para a vida de uma criança ou adolescente.

Assim sendo, vamos apontar o que consideramos prós e contras da notificação. Concebendo que estamos avaliando de acordo com uma visão real e não ideal do que temos de políticas e serviços efetivos e das pesquisas referentes a tal assunto, como pontos contras de uma notificação podemos citar: há uma probabilidade das decisões que poderão ser tomadas pelos órgãos não tão bem estruturados que em tese servem para garantir a defesa dos direitos das crianças e adolescentes, não caminharão nesse sentido e ao invés de se proteger tal público, vulnerabilizá-lo ainda mais.

Um exemplo bastante esclarecedor são os casos de violência sexual nos quais muitas vezes o direcionamento concerne na retirada da criança do lar, e no não tratamento da família e do perpetrador. Ou seja, além de ter tido um direito violado, a criança ainda é afastada do seu núcleo formador e de pertencimento, que podemos não considerar como melhor lugar para o desenvolvimento desta, mas tem sua importância e referência. Tais casos ocorrem muitas vezes tanto pelos problemas enfrentados pelos Conselhos Tutelares, quanto pelos

equivocos cometidos pela Justiça ao não se considerar o valor da família para essas crianças e adolescentes, e ainda, a falta de serviços e programas, ou seja, de uma rede articulada para dar suporte para essas crianças e adolescentes pioram o quadro.

Outro exemplo é quando ao invés de tentar fazer com que a família reconstitua suas ações, suas relações, a impregna de auto-referenciamentos negativos, dando lhes uma denominação de desestruturada, incapaz, entre outros. Isso ocorre quando no interior dos Conselhos Tutelares ou do espaço mesmo da Justiça e dos serviços se adota práticas e discursos preconceituosos, arbitrários, que mais trazem efeitos deletérios, do que ajudam na reconstrução familiar.

Já como prós, podemos citar que a notificação pode possibilitar a mudança das condições de vida e acesso aos bens e serviços à família, que possam estar sendo negados pelo Estado. Pode ainda possibilitar a cessão ou pelo menos diminuição da violência que as crianças e adolescentes possam estar sofrendo no âmbito doméstico. Além disso, vira dado epidemiológico. Cabe apontar que apenas com esses dados poderemos saber a dimensão do problema no país e torna palpável a criação de serviços e programas para enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

E por último, um caso, por exemplo, de negligência que uma criança e/ou adolescente venha passando se notificado e as medidas cabíveis e consonantes com a garantia dos direitos forem tomadas podem evitar que ocorra uma violência mais grave que possa levar tal sujeito á morte. Tal afirmação se faz pertinente, pois acreditamos que a violência doméstica é uma forma de comunicação entre os membros de uma família e um pedido de ajuda, que se não ouvido pode ter um final inesperado e desagradável.

Por fim, solicitamos aos profissionais que dessem sugestões sobre o que poderia ser feito para melhorar a questão dos atendimentos aos casos de violência doméstica e a notificação da mesma. Estes reconheceram a necessidade de se ter a temática da violência como questão a ser discutida nos currículos dos profissionais de saúde, propuseram campanhas e atualizações aos profissionais dos serviços de saúde, além da importância da criação de serviços especializados para atendimento de tal demanda, conforme relatos abaixo.

*“Tem que fazer parte da formação dos profissionais da saúde e educação. A discussão do ECA tem eu estar presente em todos os níveis. Até ao Direito falta. Que não seja um responsável único. Os profissionais precisam entender que a notificação pode ajudar na história de vida de uma criança. Depende não só da notificação, mas do quem vem após – da rede. Os Conselhos tutelares – tem pouco acesso a pesquisa dos espaços que*

*trabalham a violência. Há a necessidade de conhecer o contexto, os lugares, o resultado dos casos... nos abrigos, por exemplo”*. **A1**

*“Poderia haver uma campanha, uma divulgação maior para os profissionais estarem mais preparados para lidar com isso. Divulgação para os profissionais é mais importante pois nós somos os agentes para fazer isso aparecer, é? Porque a gente tem obrigação de fazer isso. Então, acho que se fossemos orientados, treinados a identificar e tomar providência junto com as pessoas, acho que os casos tomariam mais explícitos, e as medidas seriam mais eficientes”*. **PS1**

*“Seria interessante se criassem um ponto de referência, um centro de urgência de referência para esses casos, mas isso a população sendo ciente. Pois a população que é acuada por esses tipos de violência, principalmente violência física e abuso sexual, ela soubesse onde ter o apoio. Muitas vezes a pessoa tem vergonha de contar o que acontece dentro de casa. Agora, um local sendo referência hospitalar seria mais fácil, de referência na região. Com ginecologista, pediatra, enfermeiro, assistente social, psicológico. Um serviço mais central e outro mais afastado. É isso! Acho que um serviço de referência seria importante”*. **E1**

*“Acho que talvez devesse ter um programa específico para isso. Só pra violência contra crianças e adolescentes. Acho que seria necessário mais cursos, mais capacitação pra isso”*. **A2**

*“Acho que uma coisa que precisa ser melhorada é a punição, essa questão da Justiça. Pois se você não tem punição, não tem nada, você vai continuar fazendo. O Conselho mais atuante, levar as coisas maiores para o Juizado. Uma coisa para eles verem que se fizerem vão ser cobrados por isso, eu não vejo isso acontecer. Não sei se vão resolver, mas a questão da impunidade é muito difícil”*. **E2**

*“Acho que em toda a Residência de Pediatria deveria ter obrigatoriedade de dar esse regimento das crianças e adolescentes. Treinamento dos residentes em Pediatria e aos outros profissionais também”*. **P2**

No que tange à implementação de serviços especializados para atendimento às crianças e/ou adolescentes vítimas de violência doméstica avaliamos que seria de suma importância para efetivamente atender os casos notificados, mas não acreditamos que tais serviços seriam substitutivos da atenção que deve ser dada tanto nos serviços de saúde de urgência, quanto em outros, para a questão da violência. Independente da existência de tais serviços é imprescindível os profissionais de saúde sejam de qual serviço forem estarem habilitados para identificar e notificar os casos de violência, que não escolhem lugar ou horário para aparecer.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No decorrer deste trabalho discutimos a questão da identificação e da notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes nos serviços de saúde de urgência e baseado tanto nos estudos já realizados em âmbito nacional quanto na pesquisa de campo que realizamos e chegamos a algumas conclusões acerca do tema.

É importante refletir que a questão da violência doméstica contra crianças e adolescentes, não é uma problemática isenta de contradições, e assim, necessita que seja analisada na sua essência. Trata-se de uma expressão da questão social, e como esta é consequência da relação entre capital e trabalho, relação essa permeada de conflitos e contradições. Logo, a VDCA traz implícita questões de conflitos de classe, de problemas como a pobreza, a miséria, as desigualdades sociais, problemas esses típicos da sociedade capitalista. Sua perpetuação e inércia significam ganhos para uma pequena parte da sociedade, aquela que é detentora da maior parte da renda. Logo, a inexistência de ações no sentido de seu enfrentamento corrobora com a manutenção do status quo.

O entendimento de tais questões possibilita tanto aos estudiosos da área da violência quanto aos profissionais que lidam diretamente com a temática que tenham visões menos preconceituosas e que se direcionam no sentido da criminalização da pobreza, como é o caso de alguns depoimentos que mostramos neste trabalho em que a violência doméstica contra crianças e adolescentes é atribuída às condições de vida de seus familiares, como coisa que ser pobre é fatidicamente determinante de ser violentador, ou ainda, em que tal problema ocorre apenas com famílias pobres, enquanto sabemos que na realidade há uma maior visibilidade da violência nas camadas mais pobres da sociedade, dado o fato destes usarem com maior frequência os serviços públicos de saúde. Ou ainda, de atrelar a VDCA ao maior número de filhos de famílias mais pobres, este fenômeno equivocadamente relacionado ao

recebimento de benefícios assistenciais, que nada mais são que redistribuição da riqueza socialmente produzida e não desenvolvimento de uma cultura de desvalorização do trabalho.

Logicamente não descartamos o papel da subjetividade na análise da violência doméstica contra crianças e adolescentes, porém não conseguimos conceber que tal a questão da estrutura, e das relações sociais não devam ser levadas em consideração na análise da problemática da violência doméstica contra crianças e adolescentes. E tendo isso como aporte, podemos afirmar que apenas quando estivermos capacitados e habilitados para fazer tal leitura da realidade que a VDCA será enfrentada com seriedade e com potencialidades de ser melhor tratada com maior eficiência e eficácia.

De forma mais prática, relacionadas às políticas e processo de trabalho na saúde faz-se importante também pensarmos nas mudanças no que concerne a identificação e a notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes nos serviços de saúde de urgência, de forma que tais sujeitos tenham seus direitos de desenvolvimento em ambiente harmonioso e saudável garantidos. É imprescindível que tais transformações envolvam o exercício profissional dos profissionais de saúde já que estes são os responsáveis pelo atendimento de tais crianças e adolescentes nos serviços, e tal contato pode ser uma oportunidade única, dado o pacto de silêncio que ronda a temática da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Há um desconhecimento pelos profissionais de saúde sobre as normatizações relativas aos direitos das crianças e adolescentes, sobretudo, sobre o Estatuto da Criança e Adolescente que é o marco normatizador de tais direitos, e em decorrência disso, há o surgimento de outros problemas que impedem ou entravam uma atuação profissional qualificada e direcionada para a defesa dos direitos desse público alvo.

Dados de nossa pesquisa nos possibilitaram identificar também que existem lacunas na formação destes profissionais, que os deixam impossibilitados ou não habilitados para intervir diante da violência doméstica na realidade cotidiana dos serviços de saúde em que estão inseridos. Como proposta de enfrentamento desta problemática podemos sugerir a inclusão da temática de violência doméstica contra crianças e adolescentes e outros grupos, dos estatutos legais, sobretudo, o Estatuto da Criança e do Adolescente nos currículos dos profissionais de saúde e da educação, afinal de contas é inadmissível que profissionais, sobremaneira, pediatras relatarem não terem tido acesso à aprendizagem na graduação de tal lei que se refere a crianças e adolescentes, que por sua vez, são os sujeitos a quem tais profissionais irão atender indiscriminadamente.

O desconhecimento sobre o ECA está intimamente ligado ao não entendimento, a não ciência e a negligência dos profissionais sobre a questão da obrigatoriedade da notificação compulsória. Torna-se mister que tais profissionais sejam esclarecidos seja no espaço de formação, quanto dos serviços de saúde em que trabalham sobre a identificação e a notificação da VDCA, apontando sobretudo, a diferenciação entre notificação e denúncia, e ainda, que a notificação pelos profissionais de saúde não ferem o sigilo profissional estabelecido nos Códigos de ética das profissões desses sujeitos em questão.

Também é necessária que haja capacitação continuada para os profissionais de saúde, sobretudo, os dos serviços de urgência e emergência no que concerne à identificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes, já que são os locais mais propícios a surgir casos de tal natureza. Já existem disponibilizados vários manuais que podem auxiliar tais profissionais na identificação da violência como: o Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) em conjunto com Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), a Fundação Oswaldo Cruz e a Secretaria de Estados dos Direitos Humanos; o Manual do Ministério da Saúde de Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde; um Guia de Orientação para Profissionais de Saúde elaborado pela Abrapia sobre Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes, que discute Proteção e Prevenção, entre outros.

Relativo aos serviços de saúde é importante que haja a padronização dos procedimentos para identificação e notificação de violência contra crianças e adolescentes. Tal padronização deveria estabelecer critérios claros no que concerne ao entendimento dos tipos de violência, sobretudo, o caso da negligência. Não é possível cada profissional trabalhar com uma concepção de violência, e de tipos de violência, no interior de um mesmo serviço ou até mesmo de uma equipe. Para tanto é preciso que as Secretarias de Saúde, através da Vigilância Epidemiológica possam fornecer atualizações para os profissionais de como preencher fichas de notificação de violência, seja ela contra crianças e adolescentes, ou contra mulheres e idosos e com esclarecimentos dos fins aos que se propõem cada ficha, sejam elas para notificação de VDCA, ou acidentes e violências de outra natureza. Além de prestar esclarecimentos sobre os trâmites pós-notificação por tais profissionais.

No que concerne ao processo de trabalho dos profissionais de saúde é um desafio a criação de espaço dentro dos serviços de saúde para discussão de casos e troca pelas equipes de experiências e esclarecimentos de dúvidas sobre assuntos de qualquer natureza, sobretudo, aqueles que são complexos como é o caso da violência doméstica contra crianças e

adolescentes. Somado a isto, o que é ainda um grande desafio tanto para o setor saúde, quanto para as outras políticas sociais é o entendimento dos ganhos e da necessidade do trabalho interdisciplinar no interior dos serviços, de modo especial se tratando de questões complexas e múltiplas como a violência.

A reflexão sobre a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade no campo da práxis violência e saúde não é uma imposição externa e sim exigência epistemológica intrínseca e essencial. (...) o princípio da cooperação é central e deve prevalecer sobre a hierarquia das disciplinas, a competição institucional e a oposição entre teoria e prática. Ao se lidar com o tema da violência, só se alcançará legitimidade através da argumentação num coro polifônico e dialógico. (MINAYO; SOUZA, 1997, p.528)

Os profissionais de saúde entrevistados trouxeram como demanda a criação de serviços de referência para atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, assim como, dos familiares. Tal serviço teria como função o tratamento, acompanhamento pela equipe multiprofissional ou interdisciplinar dos usuários e não substituiria a função dos profissionais de saúde das urgências e emergências em notificar os casos, serviria apenas de suporte para encaminhamento nos casos recebidos no serviço e para esclarecimentos destes profissionais sobre questões que pudessem surgir sobre o assunto.

Vimos também no perfil dos profissionais entrevistados a pouca participação destes em mecanismos de controle social como Conselhos, Fóruns, Conferências e uma generalizada reclamação acerca dos órgãos de defesa dos direitos das crianças e adolescentes. Logo, seria interessante que levando em consideração o fato de sermos sujeitos sociais e fazermos parte de uma sociedade que se diz democrática passar a ocupar os espaços supracitados de forma a mudar a realidade atual, sobretudo, o que concerne os Conselhos Tutelares, abrir espaços de discussão para repensar suas funções, atribuições, capacitação, remunerações. Assim como, da necessidade de implementação das equipes técnicas no seu interior. E ainda, da relação do Estado com estes de forma a possibilitar condições reais de atendimento eficaz e eficiente.

Outra sugestão seria a criação de uma Comissão no interior das fundações ou secretarias de saúde composta por profissionais dos serviços de saúde para discutir as dificuldades dos profissionais e dos serviços com o atendimento de suas demandas, entre elas, a violência doméstica contra crianças e adolescentes, de maneira a abrir o diálogo com outros subsetores ou setores da rede de atendimento as crianças e adolescentes vitimizados, como a Educação, a Assistência Social, a Saúde Mental, a Cultura, a Justiça, o Ministério Público, os Conselhos Tutelares para estabelecer estratégias de enfrentamento para a problemática, de forma intersetorial.

Acreditamos que só a partir das mudanças propostas acima poderemos mudar a realidade de silêncio que paira sobre a violência doméstica contra crianças e adolescentes, e possibilitar o desenvolvimento de tais sujeitos respeitando sua condição peculiar e garantindo seus direitos. E o setor saúde, sobretudo, os serviços de urgência tem um papel importantíssimo já que é a este concerne no pontapé inicial para ações para enfrentamento de tal problema.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABELHA, Lúcia. Debate sobre o artigo de Assis et al. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.2, pp. 363-365.

ABREU, Yolanda Vieira de; BARBOSA, Anete das Dores. (2009). **Estudo do índice de exclusão social no Brasil: caso Tocantins**. Disponível em: <<http://www.eumed.net/libros/2009a/487/Indice%20de%20Exclusao%20Social%20y%20de%20Gini.htm>> Acesso em 10 março 2011

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. Retomando a temática de “sistematização da prática” em Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; 2006

ARAUJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 455-464.

ASSIS, Simone Gonçalves de et al. **A violência familiar produzindo reversos: problemas de comportamento em crianças escolares [relatório de pesquisa]**. Rio de Janeiro: Claves/Fiocruz; 2007.

\_\_\_\_\_. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.2, pp. 349-361.

AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwer de. Violência doméstica: reflexões sobre o agir profissional. **Psicol. cienc. prof.**, v.25, n.1, p.4-13. mar. 2005

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.

BARROS, Nivia Valença. **Violência intrafamiliar contra criança e adolescente. Trajetória histórica, políticas sociais, práticas e proteção social**. Dissertação de Doutorado. Rio de Janeiro: PUC-Rio, Departamento de Psicologia, 2005.

BESERRA, Maria Aparecida et al. Negligência contra a criança: um olhar do profissional de saúde. In: SILVA, Lygia Maria Pereira da. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente**. Recife: EDUPE, 2002. p. 137-

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Trad. de Maria Helena Kühner. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009a.

BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. Introdução, organização e seleção Sergio Miceli. 6.ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2009b.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal nº8069 de 13/07/1990.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei Federal nº 8.080/90 de 19/09/1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto- Juvenil. 3 ed. Brasília: SEDH/DCA, 2002b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ . **Disque Direitos Humanos - Disque Denúncia Nacional Módulo Criança e Adolescente**. Disponível em: < <http://portal.mj.gov.br/sedh/spdca/T/RELATORIO%202011.pdf>> Acesso em: 02 abril 2011

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na Saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ . **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ . Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, 18 maio 2001.Seção 1e.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ . **Portaria nº 1.968/GM de 25 de outubro de 2001**. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ .Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ . Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva : vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome. Gestão do CREAS. Disponível em< <http://www.mds.gov.br>> Acesso em 02 abril 2011.

BRUSCHINI, Cristina. Teoria crítica da família. In: AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo (Orgs.), **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 5a ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez. p.55-86. 2009

CAMURÇA, M., **Considerações sobre a atuação e o funcionamento dos Conselhos Tutelares no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos de Religião, 1999.[s.d].

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.

COSTA, Ana Maria et al. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. IN: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel (Orgs). **SUS ressignificando a promoção em saúde**. São Paulo: Hucitec: OPAS, 2006.

COSTA, Maria Conceição Oliveira et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n..5, p.1129-1141. set./out. 2007

DESLANDES, Suely Ferreira. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cad Saúde Pública**. v.1, n. 10, p.177-87. 1994

DISQUE DENÚNCIA 100. **Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República**. Disponível em: <[www.dd100.gov.br](http://www.dd100.gov.br)> . Acesso em: 15 agosto de 2010.

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

FERNANDES, Camila Formozo. **A Evolução da Arrecadação de Royalties do Petróleo no Brasil e seu Impacto sobre o Desenvolvimento Econômico do Estado do Rio de Janeiro**. Monografia de Bacharelado. Rio de Janeiro: UFRJ, Instituto de Economia, 2007

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

FONSECA, Cláudia. Crianças em Circulação. **Ciência Hoje**, nº 66, vol.11, São Paulo: Cortez, 1990.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro et al. **A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes**. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2006, vol.11, suppl., pp. 1269-1278. ISSN 1413-8123.

GIGLIO-JACQMOT, Armelle. **Urgência e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GOLDANI, Ana Maria. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. **Cad. Pesq.**, São Paulo, n.91, nov. 1994, p.07-22

GOMES, Fábio Guedes. Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **Rev. Adm. Pública [online]**. 2006, vol.40, n.2, p. 201-234.

GOMES, Romeu et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2002, vol.7, n.2, pp. 275-283.

GONÇALVES, Hebe Signorini; FERREIRA, Ana Lúcia. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.1, p.315-319. jan./fev. 2002.

GRAMINHA, Sônia Santa Vitaliano. Problemas emocionais/comportamentais em uma amostra de escolares: incidência em função de sexo e idade. **Psico** 1994; 25:49-74.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Violência de Pais contra Filhos: a tragédia revisitada**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1998.

GUIMARÃES, Rosamélia Ferreira; ALMEIDA, Silvana Cavichioli Gomes. Reflexões sobre o trabalho social com famílias. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amalia Faller (org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 3.ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais - /PUC-SP. p.127-135.2007.

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

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007  
IDEB, 2009.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006 **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 18(4):315-334, out-dez 2009

MATTOS, Ruben Araújo. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. Ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Abrasco. 2007. p.47-61

MENDES, Alessandra Gomes; MATOS, Maurílio de Castro. Uma agenda para os conselhos tutelares. In: SALES, Mione Apolinário et al. (org.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 2. ed. Rio de Janeiro: UERJ, São Paulo: Cortez. p.243-259, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo. 1992

\_\_\_\_\_. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p.9-29

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilza Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.4, n. 3, p.513-531, 1997.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e Serviço Social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade n° 55**. São Paulo: Cortez, p. 114-129, 1997.

\_\_\_\_\_. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, Mione Apolinário et al. (org.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 2. ed. Rio de Janeiro: UERJ, São Paulo: Cortez. p.43-59, 2006.

MONTEIRO, Fernanda de Oliveira. Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes. **Serv. Soc. Soc. [online]**. 2010, n.103, pp. 476-502.

MOURA, Anna Tereza M. Soares de; REICHENHEIM, Michael E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Ago 2005, vol.21, no.4, p.1124-1133.

MOURA, Anna Tereza Miranda Soares de et al. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2008, vol.24, n.12, pp. 2926-2936

NJAINE, Kathie; SOUZA, Edinilza Ramos de. Informação e Comunicação Sobre Violência: Instrumentos Para a Cidadania. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza et al (orgs). **Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**, pp. 269-282, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2003

NEPOMUCENO, Valéria. O mau-trato infantil e o estatuto da criança e do adolescente: os caminhos da prevenção, da proteção e da responsabilização. In: Silva, Lygia Maria Pereira da. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente**. Recife: EDUPE, 2002. p.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; 2006

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção dos Direitos da Criança. 1989**. Disponível em: [http://www.onu-brasil.org.br/doc\\_crianca.php](http://www.onu-brasil.org.br/doc_crianca.php) Acesso em: 17 jul 2010

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

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

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

PAIM, Jairnilson Silva. Organização da atenção à saúde para a urgência/emergência. In: SILVA, L. M.V (Org) **Saúde Coletiva: textos didáticos**. Salvador: Centro Editorial e Didático. Universidade Federal da Bahia, 1994.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, Mione Apolinário et al. (org.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 2. ed. Rio de Janeiro: UERJ, São Paulo: Cortez. p.25-42, 2006.

IBGE. Censo Demográfico 2011: população. Rio de Janeiro: IBGE. 2010

\_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1992. Rio de Janeiro: IBGE, 1993. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, 1999. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2010.

\_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2010.

\_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2007. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2011

\_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2011

PIRES, Joelza M. et al. **Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]. 2005, vol.5, n.1, pp. 103-108. ISSN 1519-3829

PNUD. **Relatório do desenvolvimento humano 2000**. Lisboa: Trinova, 2000.

PREFEITURA DE CAMPOS DOS GOYTACAZES. Mapa de Campos dos Goytacazes. Disponível em : [www.campos.rj.gov.br](http://www.campos.rj.gov.br)> Acesso em 15 março 2011.

REICHENHEIM, Michael Eduardo. Considerações sobre o texto "Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência". **Ciênc. saúde coletiva**, Abr 2009, vol.14, no.2, p.365-369.

REICHENHEIM, Michael Eduardo. WERNECK, Guilherme L.. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1990. As mortes violentas em questão. **Cad. Saúde Pública [online]**. 1994, vol.10, suppl.1, pp. 188-198.

REICHENHEIM, Michael Eduardo. et al. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 1999, vol.4, n.1, pp. 109-121.

RIBEIRO, Márcia Aparecida et al. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p.456-464. mar./abr. 2004.

\_\_\_\_\_. Violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes. In: FERRIANI, Maria das Graças Carvalho et al (org). **Debaixo do mesmo teto: análise sobre a violência doméstica**. Goiânia: AB Editora, p.115-129. 2008.

SANCHEZ, Rachel Niskier; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: LIMA, Cláudia Araújo de Lima (Coord.) et al. **Violência faz mal à saúde. 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 29-38.

SARTI, Cynthia Andersen. A família como ordem simbólica. **Psicol. USP [online]**. 2004, vol.15, n.3, pp. 11-28

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (Rio de Janeiro). **Resolução SES Nº 3163**. Disponível em: <[www.saude.rj.gov.br/Publicacoes/Res3163.doc](http://www.saude.rj.gov.br/Publicacoes/Res3163.doc)>. Acesso em: 25 maio 2008

\_\_\_\_\_. **Resolução SES Nº1354** de 9 de julho de 1999: determina a obrigatoriedade de notificação compulsória de maus-tratos. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/Publicacoes/Res1354.doc>>. Acesso em: 15 março 2011.

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

STAMM, Maristela; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Brasil, 2 out. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5539/3521>>. Acesso em: 18 ago. 2010.

SZYMANSKI, Heloísa. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudanças. In: **Revista Serviço Social e Sociedade** n 71. Especial 2002 – Famílias. Ano XXIII – Set/2002.

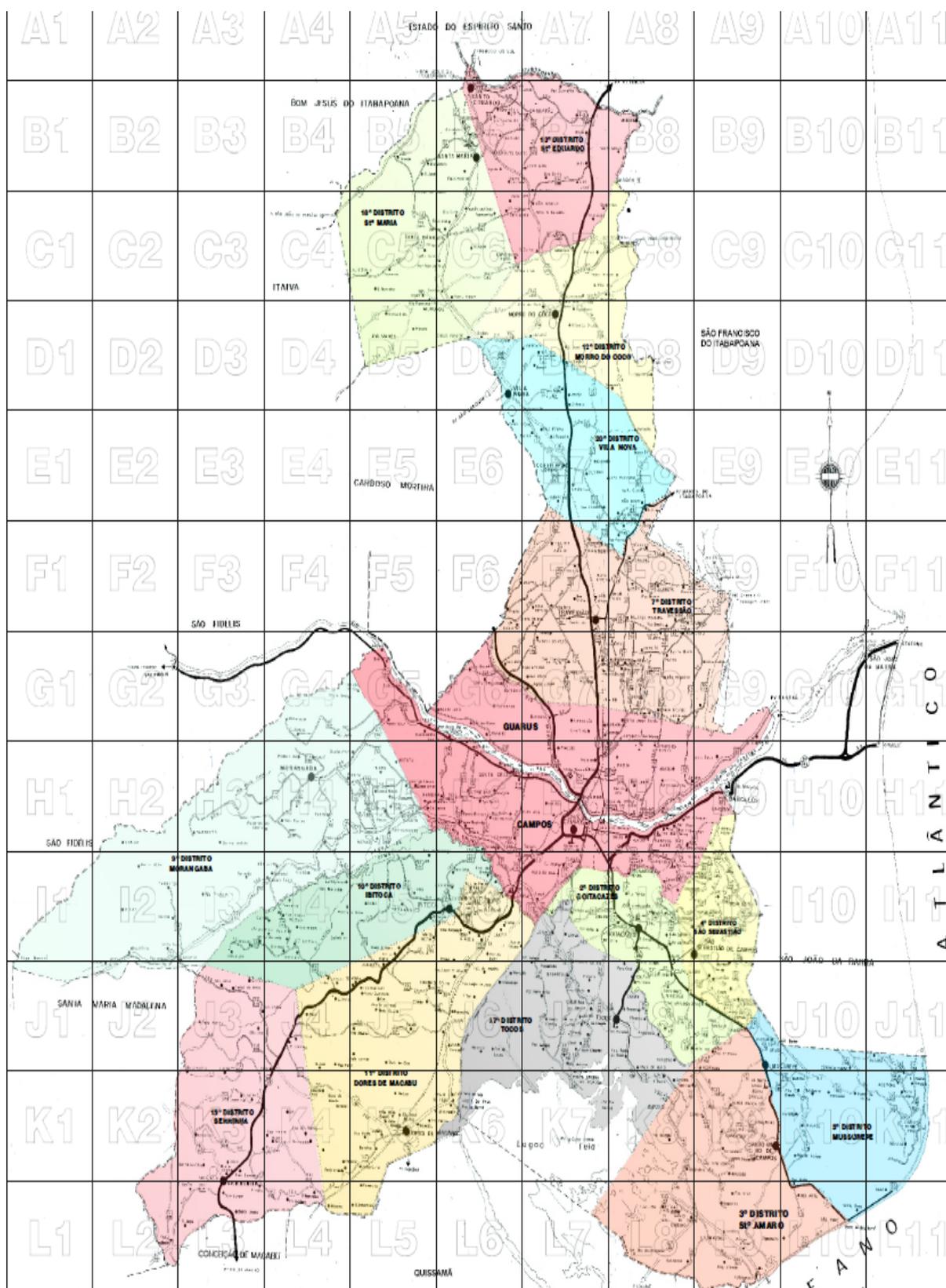
VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na saúde. . In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; 2006

WEBER, Lidia Natalia Dobrianskyj et al. Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. **PsicoUSF**, v.7, n.2, p.163-173. dez. 2002

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª Revisão. CBCD, São Paulo; 1996.

\_\_\_\_\_. **World report on violence against children**. Geneva: World Health Organization: 2006.

### ANEXO I – Mapa 2 - Mapa do município de Campos dos Goytacazes



Fonte: PREFEITURA DE CAMPOS DOS GOUTACAZES. Disponível em: <http://www.campos.rj.gov.br> Acesso em: 15 março 2011.

**ANEXO II– Ficha de notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos/abuso sexual contra crianças e adolescentes – modelo Estadual.**



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO  
SUBSECRETARIA DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE COLETIVA  
ASSESSORIA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIA

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSORIA DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE MAUS-TRATOS / ABUSO SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

(crianças e adolescentes até 18 anos incompletos, portadores de deficiência mental até 21 anos incompletos)

**I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO**

Data do atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_

Endereço da unidade: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Profissionais envolvidos no atendimento (incluir categoria profissional): \_\_\_\_\_

**II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Registro na unidade: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Acompanhante: \_\_\_\_\_ Grau de Relacionamento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Referência para localização: \_\_\_\_\_

**III - CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS (Tipos e prováveis agressores)**

<b>Abuso Físico</b>	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
<b>Abuso Sexual</b>	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
<b>Abuso Psicológico</b>	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
<b>Negligência</b>	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____

Descrição sumária do ocorrido:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IV - DADOS DO ATENDIMENTO** (Incluir observações da anamnese e exame físico que sugeriram maus tratos)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**V - CONDUTA, ORIENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DESTINO DADO AO PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ficha encaminhada ao CONSELHO TUTELAR de \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Responsáveis pela notificação: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo

\_\_\_\_\_  
assinatura e carimbo da Direção

**ATENÇÃO:**  
ver instrutivo atrás da ficha

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSORIA DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE MAUS TRATOS / ABUSO SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

**INSTRUTIVO**

**I - CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA**

Os maus tratos são atos de ação (físicos, psicológicas e sexuais) ou de omissão (negligência) praticados contra a criança / adolescente sendo capaz de causar danos físicos, sexuais e/ou emocionais. Estes maus tratos podem ocorrer isolados, embora freqüentemente estejam associados. Descrever o tipo de maus tratos, segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10<sup>0</sup> revisão, CID10, com os seguintes códigos:

**T 74.0 Negligência e Abandono**

**T74.1 Sevícias Físicas (abuso físico)**

**T74.2 Abuso Sexual**

**T 74.3 Abuso Psicológico**

**Negligência** – 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.

**Sevícias Físicas (abuso físico)** – É o uso de força praticado por pais ou responsáveis, como o objetivo, evidente ou não, de ferir e lesar a criança ou o adolescente, deixando ou não marcas da agressão.

**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. Algumas formas de abuso sexual: carícias e manipulação dos órgãos genitais, masturbação, voyeurismo, estupro, penetração anal, prostituição infantil, pornografia.

**Abuso Psicológico** – 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.

**II -ASPECTOS LEGAIS**

**Art. 13 / Estatuto da Criança e do Adolescente** – “Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar, em sua falta, ao Juizado da Infância e Juventude na respectiva localidade sem prejuízo de outras providências legais”.

**Art. 245 / Estatuto da Criança e do Adolescente** - “Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

**Portaria 1968/2001 do Ministério da Saúde** – Torna obrigatório o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de maus-tratos contra criança e adolescente.

**Resolução 1354/1999 da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro** – Implantação da Ficha de notificação compulsória de maus-tratos contra criança e adolescente que deverá ser encaminhada:

- 1 – Ao Conselho Tutelar e na sua ausência ao Juizado da Infância e Juventude da respectiva localidade;
- 2 – A Secretaria Municipal de Saúde, que enviará a Secretaria de Estado de Saúde – Rua México 128 / 4º andar – Centro/RJ – Fax: 2240-0611

**III – OBSERVAÇÕES:**

- . Para cada criança ou adolescente atendido deverá ser preenchido uma Ficha.
- . Recomendamos manter contato telefônico com o Conselho Tutelar antes do encaminhamento da Ficha.

## ANEXO III – Ficha de notificação/investigação individual - Violência doméstica, sexual e/ou outras violências (2006)



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde

### FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

**Definição de caso:** Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código (CNES)	
	5 Data da Ocorrência do Evento	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)			
Dados da Pessoa Atendida	7 Nome			8 Data de Nascimento	
	9 Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11 Gestante 1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado		
	12 Cor 1 - Branca 4 - Parda 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 9 - Ignorado	13 Escolaridade 01) Analfabeto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 03) 4ª série completa do EF 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 05) Ensino fundamental completo	06) Ensino médio incompleto 07) Ensino médio completo 08) Educação superior incompleta 09) Educação superior completa 10) Não se aplica 99) Ignorado		
	14 Ocupação	15 Situação conjugal 1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado			
	16 Relações sexuais 1 - Só com Homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado		17 Possui algum tipo de deficiência? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva		
	18 Número do Cartão SUS	19 Nome da mãe			
	Dados de Residência	20 UF	21 Município de residência	Código (IBGE)	22 Bairro de residência
		23 Logradouro (rua, avenida,...)			24 Número
		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência	27 CEP
		28 (DDD) Telefone		29 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
30 País (se residente fora do Brasil)					
Dados da Ocorrência	31 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 08 - Instituição socioeducativa 12 - Bar ou similar 03 - Via pública 06 - Creche 09 - Instituição de longa permanência 13 - Outros 10 - Instituição prisional 99 - Ignorado				
	32 UF	33 Município de Ocorrência	34 Bairro de ocorrência		
	35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)			36 Número	37 Complemento (apto., casa, ...)
	38 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		39 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		40 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	41 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Enforcamento/sufocação <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Força corporal <input type="checkbox"/> Outros		42 Tipo de violências 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Psicológica / Moral <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Negligência/ Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Outros		

Violência Sexual	43 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado		44 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor		<input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
Dados do provável autor da agressão	45 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		46 Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge		<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido		
Em casos de violência sexual	47 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		48 Supeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	49 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado				
<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____					
50 Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado					
<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei					
Evolução e encaminhamento	51 Evolução do Caso 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito pela agressão 6 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado			52 Se óbito pela agressão, data	
	53 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado			<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança/adolescente) <input type="checkbox"/> Vara da infância / juventude <input type="checkbox"/> Casa de proteção / abrigo <input type="checkbox"/> Programa Sentinela			<input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Ministério Público		
<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Outros _____			54 Circunstância da lesão (confirmada)		
CID 10			55 Classificação final		
			1 - Suspeito 2 - Confirmado 3 - Descartado		
<b>Informações complementares e observações</b>					
<b>TELEFONES ÚTEIS</b>					
<b>Disque-Saúde</b> 0800 61 1997		<b>Central de Atendimento à Mulher</b> 180		<b>Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes</b> 100	
Notificador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome		Função	Assinatura	

## Anexo IV – Ficha de notificação/investigação individual - Violência doméstica, sexual e/ou outras violências (2008)

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

### FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

**Definição de caso:** Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).  
**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação		
	2 Agravado/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência	
Notificação individual	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)
	<b>Dados Complementares</b>				
	Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação			
32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado Física Transtorno mental Mental Transtorno de comportamento Auditiva Outras deficiências/ Síndromes			
Dados da Ocorrência	36 UF	37 Município de ocorrência		Código (IBGE)	38 Distrito
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Geo campo 3	
	44 Geo campo 4		45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado		
	49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências					
Sinan NET					
SVS 10/07/2008					

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos	<input type="checkbox"/> Intervenção legal	<input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento	<input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante	<input type="checkbox"/> Arma de fogo
Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/> Financeira/Econômica	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente	<input type="checkbox"/> Ameaça
	<input type="checkbox"/> Tortura	<input type="checkbox"/> Negligência/Abandono	<input type="checkbox"/> Trabalho infantil	<input type="checkbox"/> Obj. contundente	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Outro
Consequências da violência	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> Vaginal
Lesão	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen	<input type="checkbox"/> Contracepção de emergência		
Dados do provável autor da agressão	<input type="checkbox"/> Profilaxia HIV	<input type="checkbox"/> Coleta de sangue	<input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			10 - Queimadura		
Evolução e encaminhamento	01 - Contusão	04 - Fratura	07 - Traumatismo crânio-encefálico	11 - Outros		
	02 - Corte/perfuração/laceração	05 - Amputação	08 - Politraumatismo	88 - Não se aplica		
Informações complementares e observações	03 - Entorse/luxação	06 - Traumatismo dentário	09 - Intoxicação	99 - Ignorado		
	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)			10 - Órgãos genitais/ânus		
Notificador	01 - Cabeça/face	04 - Coluna/medula	07 - Quadril/pelve	10 - Múltiplos órgãos/regiões		
	02 - Pescoço	05 - Tórax/dorso	08 - Membros superiores	88 - Não se aplica		
59 Número de envolvidos			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			
1 - Um <input type="checkbox"/>			61 Sexo do provável autor da agressão			
2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/>			62 Suspeita de uso de álcool			
9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			1 - Masculino <input type="checkbox"/>			
			2 - Feminino <input type="checkbox"/>			
			3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/>			
			9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
63 Encaminhamento no setor saúde			1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado						
<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente)			<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM			
<input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude			<input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente			
<input type="checkbox"/> Casa Abrigo			<input type="checkbox"/> Outras delegacias			
<input type="checkbox"/> Programa Sentinela			<input type="checkbox"/> Ministério Público			
<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher			<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS			
<input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML)			<input type="checkbox"/> Outros			
65 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>			66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/>			
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado			
68 Classificação final			67 Circunstância da lesão			
1 - Confirmado <input type="checkbox"/>			CID 10 - Cap XX			
2 - Descartado			69 Evolução do caso <input type="checkbox"/>			
3 - Provável			1 - Alta 3 - Óbito por Violência			
8 - Inconclusivo			2 - Evasão / Fuga 4 - Óbito por outras causas			
			9 - Ignorado			
			70 Se óbito por violência, data			
			71 Data de encerramento			
<b>Informações complementares e observações</b>						
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone		
Observações Adicionais:						
Disque-Saúde		<b>TELEFONES ÚTEIS</b>		Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes		
0800 61 1997		Central de Atendimento à Mulher		100		
		180				
Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES			
Nome		Função		Assinatura		
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências			Sinan NET		SVS 10/07/2008	

## ANEXO V – Ficha de notificação/investigação individual - Ficha de Acidentes e Violências.

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES EM SERVIÇOS SENTINELAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - VIVA Inquérito 2009 N°	
<b>Definição de caso:</b> Vítima de violência ou acidente atendida pela primeira vez neste serviço em decorrência desta violência ou acidente, com ou sem lesão física.			
Dados Gerais	1 UF	2 Município de Notificação	3 Unidade de Saúde
			Código (CNES)
Dados da Pessoa Atendida	4 Vítima, familiar ou acompanhante concorda em participar da pesquisa 1-Sim 2-Não	5 Data do Atendimento	6 Dia da Semana 2-Segunda 5-Quinta 3-Terça 6-Sexta 4-Quarta 7-Sábado
			7 Hora do Atendimento (00:00 - 23:59)
Dados de Residência	8 Nome		
	9 Data de Nascimento	10 Idade 1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado	11 Sexo 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado
	12 Raça/Cor da pele 1-Branca 3-Amarela 5-Indígena 2-Preta 4-Parda 9-Ignorado		
	13 Escolaridade 01 - Sem escolaridade 03 - 4ª série completa do EF 06 - Ensino médio incompleto 09 - Ensino superior completo 02 - 1ª à 4ª série incompleta do EF 04 - 5ª à 8ª série incompleta do EF 07 - Ensino médio completo 88 - Não se aplica 05 - Ensino fundamental completo 08 - Ensino superior incompleto 99 - Ignorado		
14 Ocupação		15 Meio de locomoção para chegar ao hospital 1 - A pé 2 - Veículo particular 3 - Viatura policial 4 - SAMU 5 - Ambulância 6 - Resgate 7 - Transporte coletivo 8 - Outro 9 - Ignorado	
16 Possui algum tipo de deficiência 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		17 Se sim, qual tipo de deficiência 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado Física Mental Visual Auditiva Outras deficiências/Síndromes	
18 Atendimento anterior por este evento em outro serviço 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Dados de Residência	19 UF	20 Município de Residência	21 Bairro de Residência
	22 Logradouro (rua, avenida,...)		23 Número 24 Complemento (apto., casa, ...)
	25 CEP	26 (DDD) Telefone	27 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	28 País (se residente fora do Brasil)		
Dados Específicos da Ocorrência	29 Tipo de Ocorrência 1 - Acidente de transporte 2 - Queda 3 - Queimadura 4 - Outros acidentes 5 - Lesão autoprovocada 6 - Agressão/maus-tratos 7 - Intervenção por agente legal 9 - Ignorado		30 Data da Ocorrência
			31 Dia da Semana 2-Segunda 3-Terça 4-Quarta 5-Quinta 6-Sexta 7-Sábado
			32 Hora da Ocorrência (00:00 - 23:59)
	33 Local de Ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro		
	34 UF	35 Município de Ocorrência	36 Bairro de Ocorrência
	37 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)		38 Número 39 Zona de Ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	40 Tipo de vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Outro 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	41 Meio de locomoção da vítima 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Coletivo 6 - Outro 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	42 Itens de segurança 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado Cinto de segurança Cadeira para criança Cinto refletivo Capacete		
	43 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Coletivo 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outro 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
44 Tipo de queda 01 - Mesmo nível 02 - Buraco 03 - Leito 04 - Outra mobília 05 - Andaime 06 - Escada/degrau 07 - Árvore 08 - Telhado/laje 09 - Outros níveis 88 - Não se aplica 99 - Ignorado			
45 Tipo de Queimadura 1 - Fogo/chama 2 - Substância quente 3 - Objeto quente 4 - Choque elétrico 5 - Substância química 6 - Outros 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
46 Outros acidentes 01 - Sufocação/engasgamento 02 - Corpo estranho 03 - Afogamento 04 - Envenenamento/intoxicação 05 - Ferimento por objeto perfurocortante 06 - Ferimento por arma de fogo 07 - Acidentes com animais 08 - Queda de objetos sobre pessoa 09 - Choque contra objetos/pessoa 10 - Entorse (torção) 11 - Esmagamento 12 - Outros 88 - Não se aplica 99 - Ignorado			
47 Lesão autoprovocada 1 - Envenenamento/intoxicação 2 - Enforcamento 3 - Arma de fogo 4 - Objeto perfurocortante 5 - Precipitação de lugar elevado 6 - Outro 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
48 Natureza da agressão 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado Física Sexual Negligência/abandono Psicológica Outro			
49 Meio de agressão 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado Força corporal/espargamento Arma de fogo Envenenamento Objeto perfurocortante Obj. contundente Ameaça verbal Substância/Obj. quente Outro			
50 Autor declarado da agressão 1 - Pai ou mãe 2 - Companheiro(a)/Ex- 3 - Outro familiar 4 - Amigo/conhecido 5 - Agente legal 6 - Desconhecido 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
51 Sexo do autor declarado da agressão 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
52 Evento ocorrido durante o trabalho ou no trajeto para o trabalho da vítima 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
53 Evento considerado pela vítima como acidente 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
54 Uso de bebida alcoólica declarado pela vítima nas seis horas anteriores ao evento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
55 Indícios de uso de bebida alcoólica pela vítima identificados pelo entrevistador 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Lesão/Evolução	56 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Sem lesão física 02 - Contusão 03 - Corte/laceração 04 - Entorse/luxação 05 - Fratura 06 - Amputação 07 - Traumatismo dentário 08 - Traumatismo crânio-encefálico 09 - Politraumatismo 10 - Intoxicação 11 - Queimadura 12 - Outros 99 - Ignorado		
	57 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Boca/dentes 02 - Pescoço 03 - Outra região em cabeça/face 04 - Coluna/medula 05 - Tórax/dorso 06 - Abdome/quadril 07 - Membros superiores 08 - Membros inferiores 09 - Genitais/ânus 10 - Múltiplos órgãos/regiões 88 - Não se aplica 99 - Ignorado		
	58 Evolução na emergência (primeiras 24 horas) 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Internação hospitalar 4 - Encaminhamento para outro serviço 5 - Evasão/fuga 6 - Óbito 9 - Ignorado		
59 Nome e código do entrevistador		60 Data do preenchimento	61 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX

## ANEXO VI - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título do Projeto: “IDENTIFICAÇÃO/NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: reflexões sobre os serviços de saúde de urgência de Campos dos Goytacazes - RJ”.**

Pesquisador Responsável: Fernanda de Oliveira Monteiro. Email: fern\_o\_monteiro@yahoo.com.br

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Nívia Valença Barros. Email: [barros.nivia@gmail.com](mailto:barros.nivia@gmail.com) Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense (UFF).

Telefones para contato: (21) 81061395 / (22) 81330399

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos R.G \_\_\_\_\_

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “IDENTIFICAÇÃO/NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: reflexões sobre os serviços de saúde de urgência de Campos dos Goytacazes – RJ” de responsabilidade do pesquisador Fernanda de Oliveira Monteiro.

A pesquisa que tem por objetivo analisar o papel dos serviços de saúde de urgência de Campos dos Goytacazes no que tange a identificação/notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes, a partir da atuação dos profissionais de saúde que trabalham em tais serviços. . Esse estudo está sendo realizado para que eu receba o título de Mestre em Políticas Sociais da Universidade Federal Fluminense (UFF). Ele é de minha responsabilidade, Fernanda de Oliveira Monteiro, Assistente Social, e da Dra. Nívia Valença Barros, professora da Escola de Serviço Social – UFF.

Para conhecer sua percepção sobre este tema você será entrevistado (a) e responderá questões sobre a atuação em seu cotidiano de trabalho. As respostas serão gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fiel a elas, estando à sua disposição para ouvi-la, se assim o desejar. Diante da possibilidade de você se sentir constrangido (a) ao responder as perguntas, a entrevista será realizada em local reservado e a sua participação não acarretará a você nenhum prejuízo de qualquer natureza.

Sua colaboração é voluntária e o seu nome não será revelado. Firmo o compromisso de que as respostas serão utilizadas apenas para fins deste estudo e os resultados serão publicados em artigos e congressos.

O risco de constrangimento descrito acima é de pequena gravidade diante das garantias descritas e é aceitável porque se espera que esta pesquisa possa contribuir para melhorar o processo de identificação/notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes, garantido os direitos destes sujeitos de se desenvolverem em ambiente saudável e harmonioso. Você deve saber que antes de dar seu consentimento para participar desta pesquisa, que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFF (CEP/UFF).

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de suas respostas, sem nenhum ônus ou prejuízo.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão, em duas vias, ficando uma em seu poder.

Atenciosamente, Fernanda de Oliveira Monteiro.

Eu, \_\_\_\_\_, RG.  
nº \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do profissional

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável  
por obter o consentimento

\_\_\_\_\_  
Testemunha

## ANEXO VII - Roteiro de entrevista com os profissionais

### 1 - IDENTIFICAÇÃO:

1.1 Categoria profissional:

( ) A.S ( ) Psic. ( ) Med. ( ) Enf.

1.2 Faixa etária:

( ) 23 a 30 anos

( ) 31 a 40 anos

( ) 41 a 50 anos

( ) 51 a 60 anos

( ) mais de 60 anos

1.3 Sexo: ( ) F ( ) M

1.4-Município de origem (naturalidade):

1.5 Localização da Unidade de Saúde:

( ) Zona urbana

( ) Zona rural

1.6 – Perfil da população atendida

1.7 Composição dos profissionais da equipe

### 2 – FORMAÇÃO PROFISSIONAL E MERCADO DE TRABALHO

2.1 Ano de graduação

2.2 - Qual é a sua titulação atual?

( ) graduado

( ) especialista – Em que área? \_\_\_\_\_

( ) mestre – Em que área? \_\_\_\_\_

( ) doutor – Em que área? \_\_\_\_\_

( ) outra – Qual? \_\_\_\_\_

Em que área? \_\_\_\_\_

2.3 – Há quanto tempo trabalha no Hospital em questão?

2.4 – Há quanto tempo trabalha no regime de plantão 24 horas?

2.5 Possui outro vínculo?

( ) Não

( ) Sim – Em que área? \_\_\_\_\_

2.6. Qual é o seu grau de satisfação com sua profissão?

( ) muito satisfeito

( ) satisfeito

( ) pouco satisfeito

( ) insatisfeito

2.7 Justifique seu grau de satisfação:

2.8 Você tem algum tipo de participação política na sociedade atual (conselhos municipais, associações, órgãos da categoria, partidos políticos)

( ) Não

( ) Sim – Qual? \_\_\_\_\_

### **3 – VDCA, NOTIFICAÇÃO E SERVIÇOS DE URGÊNCIA**

3.1 Qual a sua concepção de violência doméstica contra crianças e adolescentes?

3.2 Conhece o Estatuto da Criança e Adolescente?

3.3 Sabe sobre a obrigatoriedade da notificação de VDCA?

3.4 Tem o hábito de notificar ou participar da notificação?

3.5 Como é o procedimento adotado por você na suspeita, identificação ou denúncia de violência contra crianças e adolescentes?

3.6 O atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional, por vários profissionais de forma individualizada ou por apenas alguns profissionais?

3.7 Registro ( ) Não ( ) Sim. De que tipo?

3.8 Contra-referência ( ) Não ( ) Sim

3.9 Utiliza algum manual ou procedimento padrão para essa atuação específica?

( ) Não ( ) Sim. Qual?

3.10 Qual é a visão que tem dos familiares perpetradores de tal violência?

3.11 Quando notifica algum caso de VDCA realiza algum encaminhamento para serviços da rede? Caso sim. Para quais?

3.12 Considera que os órgãos de defesa dos direitos das crianças e adolescentes cumprem sua função, sobretudo, os Conselhos Tutelares?

3.13 Como avalia os limites de trabalhar a questão da violência contra criança e adolescente nos serviços de saúde de urgência?

3.14 Como avalia as potencialidades de trabalhar a questão da violência contra criança e adolescente nos serviços de saúde de urgência?

3.15 Identifica algum entrave para a notificação? Caso sim. Quais?

3.16 Como avalia o papel dos profissionais de saúde na identificação/notificação de VDCA?

3.17 Considera que os serviços de urgência são lugares propícios para identificação/notificação de violência praticada contra crianças e adolescentes? Por quê?

3.18 Considerando o quadro atual de violência contra crianças e adolescentes, você tem alguma sugestão a apresentar no que tange a questão da identificação/ notificação da VDCA