



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA- UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL**

VIVIANE GONÇALVES COSTA

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
DISCUTINDO A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UBSF “ANA
AMÉLIA VILAR CANTALICE”**

**CAMPINA GRANDE
2011**

VIVIANE GONÇALVES COSTA

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
DISCUTINDO A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UBSF “ANA
AMÉLIA VILAR CANTALICE”**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ma. Terçália Suassuna Vaz Lira

CAMPINA GRANDE
2011

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Luiza Erundina – Serviço Social – UEPB

C837v Costa, Viviane Gonçalves.
Violência doméstica contra crianças e adolescentes
[manuscrito] : discutindo a atuação dos profissionais de saúde da
UBSF “Ana Amélia Vilar Cantalice” / Viviane Gonçalves Costa –
2011.
31 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Terçalia Suassuna Vaz Lira,
Departamento de Serviço Social”.

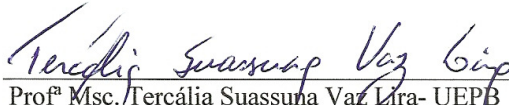
1. Violência Doméstica. 2. Violência Infantil. 3. Serviço Social
e Saúde. 4. Serviço Social. I. Título.

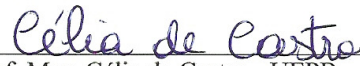
21. ed. CDD 306.87

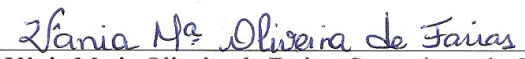
VIVIANE GONÇALVES COSTA

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
DISCUTINDO A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
UBSF - ANA AMÉLIA VILAR CANTALICE**

Aprovada em 07/11/11.


Profª Msc./Terçália Suassuna Vaz Lira- UEPB
Orientadora


Prof. Msc. Célia de Castro - UEPB
Examinadora


Vânia Maria Oliveira de Farias- Supervisora de Campo
Examinadora

CAMPINA GRANDE – PB
2011

Dedico esta conquista ao autor e consumidor da minha fé, ao meu DEUS, que me fez sempre acreditar que iria conseguir, mesmo diante das dificuldades. Aquele que me deu força nos momentos mais difíceis e esteve sempre ao meu lado me fazendo acreditar nos sonhos mais distantes, a Ele dedico toda a minha vida e todas as minhas conquistas, pois Ele é digno!

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Deus que esteve comigo sempre me encorajando e dando forças para prosseguir, ao meu esposo e familiares que sempre me deram incentivo para lutar pelos meus sonhos e não mediram esforços para investir neles, aos meus amigos que tornaram esta jornada mais especial e a todos os professores que me instruíram e foram também companheiros, fazendo parte desta conquista.

LISTA DE SIGLAS

ABRAPIA	Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CGDANT	Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
PSF	Programa Saúde da Família
SAM	Sistema de Atendimento ao Menor
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIPANI	Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

RESUMO	7
1 INTRODUÇÃO	8
2 A INFÂNCIA NO BRASIL	9
3 A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO CONTEXTO NEOLIBERAL	12
4 A POLÍTICA DE SAÚDE E A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL	16
5 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: DISCUTINDO A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UBSF “ANA AMÉLIA VILAR CANTALICE”	23
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
DISCUTINDO A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UBSF “ANA
AMÉLIA VILAR CANTALICE”**

VIVIANE GONÇALVES COSTA

RESUMO

Este artigo é fruto da experiência de estágio desenvolvida na Unidade Básica de Saúde da Família Ana Amélia Vilar Cantalice em Campina Grande/PB, onde foi realizada uma pesquisa intitulada: “Violência doméstica contra crianças e adolescentes: discutindo a atuação dos profissionais de saúde da UBSF “Ana Amélia Vilar Cantalice”. Mediante a complexidade que envolve a problemática da violência doméstica contra crianças e adolescentes e a escassez de dados acerca dos casos notificados de violência, buscou-se com a pesquisa analisar a atuação dos profissionais de saúde desta UBSF diante da problemática. O estudo teve como método uma pesquisa documental dos registros de notificações dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, além de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais, com o intuito de apreender de forma mais detalhada os principais fatores que tem contribuído para a pequena incidência de notificações na referida UBSF. Em termos de resultados ressaltamos que muitas foram às dificuldades apontadas pelos profissionais em relação ao tratamento dado a problemática em seu cotidiano profissional, assim concluímos que para haver sucesso no enfrentamento a violência doméstica contra crianças e adolescentes, este precisa ocorrer de forma articulada entre o Estado, os profissionais de saúde e a comunidade.

Palavras-Chave: Violência Doméstica. Criança. Adolescente. Saúde.

ABSTRACT

This article is the result of the internship experience developed in the Basic Family Health - Amelia Ana Vilar Cantalice in Campina Grande/PB, where we conducted a survey entitled "Domestic violence against children and adolescents, discussing the role of health professionals UBSF “Vilar Cantalice Ana Amélia”. By means of the complexity surrounding the issue of domestic violence against children and adolescents and the lack of data on reported cases of violence, we sought to research analyze the performance of health professionals UBSF front of this issue. The study was a desk research method of the records of notifications of cases of domestic violence against children and adolescents, as well as semi-structured interviews with professionals in order to grasp in more detail the main factors that has contributed to the small incidence of notifications in that UBSF. In terms of results emphasize that many difficulties were pointed out by professionals regarding treatment of the problem in your daily work, so we conclude that to be successful in tackling domestic violence against children and adolescents, this must occur in coordination between the State, health professionals and the community.

Keywords: Domestic Violence. Child. Adolescent. Health.

1 INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra crianças e adolescentes é um problema grave e que tem crescido no contexto atual, fazendo com que a sociedade passe a questionar o posicionamento do Estado, principalmente por ainda não dispor de sistemas eficazes de enfrentamento a problemática. Diante deste contexto o presente trabalho se propõe a fazer uma análise da violência no âmbito da saúde buscando esclarecer quais fatores tem permeado a atuação dos profissionais em relação à problemática.

A UBSF “Ana Amélia Vilar Cantalice”, situada no bairro Rocha Cavalcante, em Campina Grande/PB, foi o lócus da nossa investigação nos dando subsídios para elaboração do projeto de pesquisa intitulado: “Violência doméstica contra crianças e adolescentes: discutindo a atuação dos profissionais de saúde da UBSF ‘Ana Amélia Vilar Cantalice’”, esta pesquisa buscou analisar a atuação dos profissionais de saúde frente à problemática da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

A abordagem deste tema se deu como resultado de observações e estudos que fizemos durante todo o ano de 2010 na referida UBSF, onde neste período não ocorreu nenhuma notificação de casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes na comunidade atendida pelas duas equipes, que no total abrange cerca de duas mil famílias.

Esta pesquisa compreendeu um estudo de caso que teve início com a pesquisa documental realizada nos registros de notificações da Unidade no período de 2010 e 2011, esta etapa foi seguida pelas entrevistas com os profissionais que faziam parte da nossa amostra composta por sete profissionais integrantes da equipe multidisciplinar, sendo um de cada área do conhecimento, tendo uma abordagem qualitativa e crítica, o que nos possibilitou um maior aprofundamento nas questões que permeiam nosso objeto de estudo, além de uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade. Especificar quem foi e quantos os entrevistados.

Considerando que a violência já há alguns anos foi incorporada a agenda do setor de saúde como uma questão de saúde pública, inclusive perante as leis, buscamos através da análise da atuação dos profissionais de saúde em relação à problemática, compreender quais motivos tem sido determinantes para que haja um tão pequeno número de casos notificados de violência doméstica contra crianças e adolescentes na UBSF.

Neste trabalho buscou-se inicialmente refletirmos sobre a construção social do conceito de infância, as particularidades brasileiras e o atendimento prestado a infância na

atualidade sob a influência neoliberal, para em seguida enfocarmos o contexto em que se tem a incidência da violência doméstica e o tratamento dado a esta pela política de saúde, contemplando também a atuação dos profissionais de saúde frente à problemática.

2 A INFÂNCIA NO BRASIL

A infância em cada período histórico teve diferentes significâncias expressas pelo tratamento atribuído à mesma. De acordo com Ariès (1981) na sociedade medieval não existia o sentimento de infância, nem distinção entre criança e adulto, até o século XVII as crianças eram vistas apenas como seres biológicos e não como sujeitos sociais.

Esta visão ao longo dos anos foi se modificando, e na sociedade moderna entre os séculos XIX e XX a criança passou a ter algumas de suas particularidades percebidas e consideradas. Considera-se que neste processo as construções históricas da infância foram determinantes para a reconfiguração do papel da sociedade e do Estado no tocante ao atendimento à infância, pois, tais modificações refletiram diretamente na construção do que se entende por infância na atualidade.

No que remete ao contexto brasileiro o atendimento a infância foi sofrendo modificações no curso da história, as duas primeiras décadas do século XX constituíram, de acordo com Rizzini (1995), o período mais profícuo da história da legislação brasileira para a infância, tendo em vista que neste período muitas leis foram produzidas na tentativa de regulamentar a situação da infância, resultando na criação de uma legislação específica - o Código de Menores de 1927.

Neste código é estabelecida a proteção legal até os 18 anos de idade e o Estado passou a assumir a questão da criança e do adolescente, regulamentando os direitos da infância e proibindo o trabalho aos menores de 12 anos. De acordo com Santana (2000), o Código de Menores avança no sentido de prever a vigilância a saúde e valorizar a educação da criança e do adolescente, entretanto utiliza a institucionalização como principal instrumento para tratar os casos de crianças e adolescentes em situação irregular¹.

Em 1941, foi criado o Sistema de Atendimento ao Menor (SAM) com o objetivo de prestar assistência às crianças e adolescentes que tivessem cometido infração e aos desvalidos,

¹ Por situação irregular entendia-se desde a criança em situação de abandono até o adolescente que cometesse ato infracional.

porém, o sistema era tido como burocrático e pouco eficiente o que contribuía para o agravamento da problemática da violência na qual estavam envolvidos os adolescentes.

Em 1964, o SAM foi extinto e criado a FUNABEM (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor), que tinha como objetivo prestar assistência à família com o intuito de assegurar a integridade das crianças e adolescentes e da sociedade. Porém, a FUNABEM conseguiu tão somente reproduzir um modelo carcerário, punitivo e pernicioso ao desenvolvimento das crianças e adolescentes. A FUNABEM foi um instrumento de controle social usado pelo Estado baseado na institucionalização, tendo em vista que a preocupação com o bem-estar da criança e do adolescente envolvia interesses ambíguos, já que havia uma maior inquietação do Estado com o bem-estar da sociedade e com a ordem social, do que com a proteção da criança e do adolescente.

Após vários anos de debates em torno da reformulação da legislação em 1979, é criado o “Novo Código de Menores”, embasado no antigo Código, mas, com algumas inovações que tiveram destaque, como a eliminação dos termos “menor abandonado e delinqüente”, que foram substituídos pelo termo menor em “situação irregular”, que abrangia desde o abandono, até a infração penal (RIZZINI, 1995).

Embora estes códigos tenham sido criados na busca de regulamentar a situação da infância, é notória a preocupação do Estado em criar leis que viessem afastar do convívio social através da institucionalização crianças e adolescente pobres, até mesmo aqueles que estavam em situação de abandono e não haviam cometido infração eram tratados da mesma forma, pois eram considerados por muitos como um perigo à sociedade.

A década seguinte à implantação do “Novo Código de Menores” foi marcada por uma grande efervescência política e social, onde muitas organizações da sociedade civil se reuniram na busca de discutir problemáticas inerentes as políticas de atendimento a criança e ao adolescente, organizando manifestações populares, denunciando casos de violência ocorridos nas instituições criadas pela FUNABEM.

Nesse período novos atores sociais surgiram na luta pela causa da infância a exemplo do Movimento Nacional Meninos e Meninas de Rua, criado em 1985, que teve um importante papel nesta luta, reivindicando e denunciando violências cometidas contra crianças e adolescentes.

Os debates acumulados em toda década de 1980 prepararam o novo cenário político para a construção da nova legislação brasileira, promulgada no ano de 1988, a Constituição Federal, que se constituiu em um marco histórico por reunir leis relacionadas a temas mundialmente debatidos relacionados à defesa dos direitos humanos de todos os cidadãos.

A Constituição Federal de 1988 foi de suma importância para a modificação das políticas de atendimento a criança e ao adolescente no Brasil, tendo em vista que foi a partir dela, que o Estado assumiu a responsabilidade de assegurar a criança e o adolescente a absoluta prioridade, tratando-os a partir de então como sujeitos de direitos, conforme destaca o artigo constitucional 227:

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 a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2011, p. 60).

Em 1990, seguindo os avanços constitucionais de 1988 e, também, como resposta as lutas e reivindicações em favor da criança e do adolescente acumuladas por toda a década de 1980, é aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pela lei nº 8.069 de junho de 1990. Este se destina ao cumprimento da Constituição Federal de 1988, no que se refere à garantia de proteção integral à criança e ao adolescente com absoluta prioridade.

O ECA inaugura um novo período na história das políticas de atendimento a criança e ao adolescente no Brasil, e estes passaram a ser tratados como sujeitos de direitos, sem distinção de cor, raça ou classe social, sendo considerados em sua condição de pessoas em desenvolvimento e a quem se deve prioridade absoluta.

Outro aspecto importante que o Estatuto traz, é o reordenamento institucional da relação entre União, Estados e municípios tendo como base o princípio da descentralização político-administrativa no tratamento das políticas de atendimento a criança e ao adolescente, para que a operacionalização destes novos preceitos se efetivasse, foram criados alguns instrumentos, a saber: os Conselhos de Direitos da Criança e do adolescente e o Conselho Tutelar, que são órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, assegurando a participação popular paritária por meio das organizações representativas (BRASIL, 2003).

O ECA representa, portanto um grande avanço no atendimento a infância e adolescência no Brasil ao reconhecer a criança como sujeito de direitos e a família, a sociedade e o Estado como os responsáveis em garanti-los protegendo a criança e o adolescente de qualquer situação de violação de direitos.

3 A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO CONTEXTO NEOLIBERAL

Embora tenhamos alcançado inúmeros avanços Constitucionais na política de atendimento à criança e ao adolescente no Brasil, percebemos que na prática ainda são muitos os entraves que dificultam a efetivação destas políticas de forma integral, atualmente tem sido destaque o crescente aumento da violência em nossa sociedade envolvendo crianças e adolescentes, e este tem se tornando motivo de grande preocupação para a sociedade como um todo, que muitas vezes têm se mostrado despreparada para lidar com tal problemática, passando a questionar a eficácia das políticas de atendimento a criança e ao adolescente no enfrentamento da violência neste segmento etário.

Vários são os fatores que contribuem para a disseminação da violência em nossa sociedade dentre eles podemos citar um fator que tem sido historicamente determinante para o aumento da violência, o posicionamento do Estado na defesa do capital, mas débil em relação às políticas sociais, que além de gerar a exclusão social, também contribui para fomentar a violência em nossa sociedade caracterizada por Silva (2010) como um elemento constituinte da lógica reprodutiva do capital, hoje realimentada pela profunda reestruturação produtiva que assolou o planeta, particularmente os países ditos “emergentes”, na década de 90 do século XX.

O posicionamento omissivo do Estado em relação às políticas sociais torna-se mais evidente na década de 90 com a influência neoliberal redirecionando o papel do Estado, que passa a transferir suas responsabilidades para a sociedade civil e para o setor privado, configurando-se em um estado mínimo na área social com diretrizes voltadas para a privatização, descentralização, desregulamentação do mercado, a redução dos gastos fiscais e a conseqüente retração dos direitos sociais, resultando na destruição e desorganização das instituições e serviços públicos.

De acordo com Araújo (2000), o Brasil apesar de ser considerado um mercado médio muito importante na economia mundial, apenas um terço da população se apropria de uma fatia muito relevante da renda nacional o que gera o alto grau de exclusão social, desigualdades, pobreza e desemprego. Diante disto, percebe-se que o posicionamento estratégico do Estado em favor do capital limita sua atuação no combate à desigualdade social, e com isso as políticas sociais se tornam cada vez mais insuficientes, excludentes, seletivas e focalizadas. O que se tem como reflexo deste processo é o agravamento dos problemas

sociais relacionados à falta de acesso de boa parte da população a elementos essenciais para a vida, como a educação, a saúde, a alimentação digna, ao trabalho, entre outros.

A discussão acerca da violência, em um sentido mais amplo, nos dá subsídios para entender que a violência praticada contra crianças e adolescentes no âmbito doméstico, está relacionada à forma de organização da sociedade historicamente construída, bem como ao modo como o Estado tratou a questão da infância ao longo dos anos, uma vez que o posicionamento do Estado como forte na defesa do capital e débil em relação às políticas sociais, foi determinante para o agudizamento dos problemas sociais vinculados à desigualdade social, afetando milhões de brasileiros, tornando-os desprovidos de condições mínimas de garantir sua subsistência.

Estes segmentos da sociedade por não conseguirem ter acesso a elementos básicos da vida em sociedade, como a inserção no mercado formal de trabalho, ter acesso a educação, a alimentação digna, a moradia, entre outros, conseqüentemente, acabam reproduzindo as condições de abandono e exploração de que foram vítimas, favorecendo com isso, a manifestação e disseminação da violência na sociedade.

Toda violência está de algum modo associada ao uso da força para alcançar seu objetivo, seja ele o de agredir psicologicamente ou fisicamente a outrem, no entanto existem diferentes formas de violência com suas respectivas intencionalidades. Por isso, esta temática é considerada por muitos autores como multifacetada e vem sendo estudada por diversas orientações teóricas.

Existem muitas classificações para os tipos de violência e todas estão de alguma forma, relacionadas à violência estrutural que também é produto das desigualdades sociais, Minayo (1994) em seus estudos classifica a violência em: Estrutural, violência de resistência e violência da delinqüência.

Violência estrutural entende-se como aquela que oferece um marco à violência do comportamento e se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte.

Este tipo de violência é formada por um conjunto de ações que se produzem e se reproduzem na esfera da vida cotidiana, de acordo com Silva (2010) estas ações freqüentemente não são consideradas violentas, e vão se refletindo no comportamento das pessoas através de contradições que disseminam a violência de forma muito sutil, dificultando a possibilidade histórica de superação.

A violência de resistência pode ser entendida como as respostas dadas por grupos, classes, nações e indivíduos oprimidos à violência estrutural, a qual é objeto de contestação e repressão por parte dos detentores do poder político, econômico e/ou cultural, além de muitos estudiosos que não concordam com o fato das pessoas reagirem à violência sofrida através do uso de mais violência, este processo de controvérsias presentes em nossa sociedade deixa clara a complexa unidade dialética existente entre a violência e a justiça.

O outro tipo de violência presente na classificação feita por Minayo (1994) é a violência da delinquência que pode ser entendida como aquela que se revela nas ações fora da lei socialmente reconhecida, este tipo de violência está associada à alienação e relações do trabalho, o menosprezo de valores e normas em função do lucro, o consumismo, a violência estrutural expressa pelas relações de poder que além de confrontar os indivíduos os corrompe e impulsiona ao delito.

Os conceitos acerca da violência são diversos pelo fato desta problemática ser multifacetada, dando espaço para análises sob diferentes perspectivas, assim sendo, o sociólogo francês Pierre Bourdier na busca de explicar as expressões da violência na sociedade, criou o conceito de violência simbólica que de acordo com Faleiros e Faleiros (2007) pode-se definir pelo exercício e difusão de uma superioridade fundada em mitos, símbolos e construções sociais historicamente disseminadas através de preconceitos que humilham e excluem, mas que foram naturalizados pelas construções sociais, através da interiorização da cultura dominante pelas pessoas.

Instituições de saúde, escolas, abrigos dentre outros, podem também disseminar a violência de diferentes formas (física, psicológica e/ou sexual), este tipo de situação é conceituada por Faleiros e Faleiros (2007) como violência institucional e caracteriza-se pela carência de materiais e equipamentos, as filas de espera, a falta de profissionais no trabalho, entre outros fatores que dificultam, precarizam ou impossibilitam o atendimento aos usuários que tem os seus direitos desrespeitados.

A Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA, 1992) classifica os tipos de violência praticados contra crianças e adolescentes em: maus-tratos físicos, abuso sexual, maus-tratos psicológicos, negligência e síndrome de Munchausen.

A violência física ou maus-tratos físicos, pode ser definido pelo uso da força de forma intencional ou atos de omissão intencionais praticados por pais ou responsáveis contra crianças ou adolescentes, com o objetivo de ferir, deixando ou não marcas evidentes.

O abuso sexual é caracterizado pela situação em que uma criança ou adolescente é usado para satisfação sexual de um adulto ou adolescente mais velho baseado em uma relação de poder, incluindo a manipulação da genitália, a pornografia e exibicionismo, o ato sexual com ou sem penetração.

A violência psicológica ocorre quando há rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, utilização da criança como objeto para atender necessidades psicológicas de adultos. Este é um dos tipos de violência mais difíceis de caracterizar pelo fato de ocorrer de forma muito sutil.

A negligência corresponde a todo ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento, a negligência geralmente é praticada por familiares ou responsáveis pela criança ou adolescente.

Síndrome de Munchausen é um dos tipos de violência pouco mencionados, pois, apesar de está presente em nossa sociedade é pouco percebida por ser vista apenas como o excesso de cuidados sem, no entanto, parecer ofensiva, essa síndrome compreende situações em que os pais, simulam sintomatologia nos filhos, buscando a realização de inúmeras investigações médicas, gerando sofrimentos físicos e psicológicos nos filhos.

Diante das inúmeras expressões da violência presentes em nossa sociedade, buscamos destacar em nosso estudo a violência praticada contra crianças e adolescentes no âmbito familiar, este tipo de violência se evidencia de várias maneiras e é mais conhecida como violência doméstica, que pode ser definida de acordo com Guerra (2005, p. 32-33):

A violência doméstica contra crianças e adolescentes representa todo ato ou omissão praticado 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.

O Brasil, de acordo com Azevedo (2011), integra o grupo de países que não mantêm estatísticas oficiais sobre casos notificados de violência doméstica contra crianças e adolescentes, assim como não realizam estudos sistemáticos sobre incidência e prevalência do fenômeno, mas apesar de não haver este controle sistêmico, sobre a dimensão desta problemática de acordo com a Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância (SIPANI), 18.000 crianças sofrem algum tipo de violência doméstica por dia em todo o mundo, e 12% das 55,6 milhões de crianças brasileiras menores de 14 anos são vítimas, todo ano, de alguma forma de violência doméstica.

Tais dados dão conta de um número alarmante de crianças vítimas de violência no Brasil, porém a real dimensão deste problema vai muito além do que se pode mensurar, tendo em vista que a maioria dos casos não são notificados, nem contabilizados nas estatísticas, permanecendo acobertados pelo silêncio que legitima a negação dos direitos de milhares de crianças e adolescentes em todo o país.

A violência doméstica pode englobar inúmeros outros tipos de violência que podem gerar problemas sociais, emocionais, psicológicos e de saúde ocasionando seqüelas para a vítima ao longo de sua vida, estes problemas também poderão desencadear na vítima transtornos depressivos, alucinações, baixo desempenho na escola, alterações na memória, como também o desenvolvimento de comportamentos agressivos.

Os abusos e maus-tratos praticados contra crianças e adolescentes no âmbito familiar estão atrelados a violência estrutural característico das sociedades capitalistas, onde as relações de poder estão intrinsecamente ligadas à maneira de organização social historicamente construída.

Apesar deste não ser um problema específico da nossa geração, é na atualidade com o aumento do uso de drogas que a violência tem se alastrado de maneira assustadora, atingindo tanto as áreas urbanas como rurais, fazendo vítimas desde a população das periferias até dos bairros nobres, que mesmo com toda segurança particular não tem conseguido ficar totalmente livre dos efeitos da violência.

A violência hoje é considerada também como um problema de saúde pública. O que exige a compreensão do processo histórico em que se desenvolve a política de saúde no Brasil e o contexto em que se fez inserir a violência como uma problemática passível de intervenção pelos profissionais de saúde.

4 A POLÍTICA DE SAÚDE E A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL

A assistência médica no Brasil durante séculos limitou-se a ações filantrópicas desenvolvidas principalmente por entidades religiosas, mas foi somente com o início do desenvolvimento industrial atrelado às modificações ocorridas no âmbito econômico e político, que o Estado passou a tomar algumas iniciativas no campo da saúde pública.

Conforme as produções de Polignano (2011) no período que compreendeu a República Velha (1889-1930) a medicina e os tratamentos de saúde eram voltados para o atendimento a determinadas classes sociais direcionadas apenas para o controle de epidemias.

Considerando que, no início do século XX, não havia hospitais públicos, este tipo de assistência a saúde baseada em campanhas seletivas fundamentava a dicotomia saúde pública e saúde curativa de forma acentuada, dando pouca importância às medidas de ação coletiva à saúde da população.

O surgimento de um novo modelo de assistência à saúde do trabalhador de acordo com Bravo (2006) foi impulsionado pela reforma de Elói Chagas, de 1923, através da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) que tentava ampliar o atendimento à saúde, trazendo para o cenário político discussões sobre higiene e saúde do trabalhador.

As CAPs eram instituições tripartites, pois eram financiadas pelo Estado, pelas empresas e pelos próprios empregados, porém só as grandes empresas tinham condições de mantê-las, além disso, as empresas filiadas obtinham benefícios proporcionais às contribuições tendo como benefícios: assistência médica-curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. Inicialmente as CAPs só funcionavam para os ferroviários, os estivadores, e os marítimos, as outras categorias de trabalhadores foram incluídas somente após 1930.

A partir da década de 1930 com a estruturação produtiva e os avanços industriais o cenário político também se modificou, e o Estado passou a redefinir seu papel através da criação de políticas sociais. As ações adotadas para a saúde pública nesse período tiveram como principal estratégia estender os tratamentos de saúde à classe trabalhadora, objetivando manter e restaurar a capacidade produtiva do trabalhador, para que as doenças não viessem atrapalhar o crescimento econômico do país, uma vez que este dependia principalmente da força de trabalho humana.

A política de saúde formulada nesse período de acordo com Bravo (2006) era de caráter nacional e se organizava em dois subsetores: saúde pública e o da medicina previdenciária que surgiu com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) este era um modelo ampliado (no que se refere à quantidade de trabalhadores atendidos) das antigas CAPs, porém, neste novo sistema de assistência a saúde percebe-se uma acentuada redução da oferta de serviços, a estratégia utilizada para o sistema previdenciário de 30 a 45 no Brasil era contencionista visava mais o acúmulo de reservas financeiras do que a ampla prestação dos serviços. Outro dado importante nesse período foi a demarcação da diferença

entre “previdência” e “assistência social” além da definição de limites orçamentários máximos para as despesas com “assistência médico-hospitalar e farmacêutica”.

A política nacional de saúde que desde a década de 30 vinha sendo delineada pelos CAPs e IAPs, no período de 1945-1950 consolidou-se com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), de acordo com Bravo (2006) a política de saúde teve como características gerais a racionalização administrativa e a atribuição de maior sofisticação às campanhas sanitárias.

No período de 1950-1964 o Estado passa a investir mais na saúde, no entanto, não consegue estender suas ações a todos os segmentos sociais, nem eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias. Nesse contexto já existiam estruturas médico-hospitalares de caráter privado e a corporação médica aliada aos interesses do capital que defendiam a privatização, mas apesar das pressões até 1964 a assistência médica previdenciária era basicamente fornecida pelos IAPs.

O Sistema Nacional de Saúde implantado no período da ditadura militar (1964-1974), conforme Escorel, Nascimento e Edler (2005), caracterizou-se pelo privilegiamento do setor privado e pela hegemonia burocrática técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde, além do crescimento da medicina previdenciária com a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), aumentando o número de trabalhadores contribuintes e beneficiários.

A partir de 1974, a política de saúde enfrentou permanente tensão entre os interesses do Estado, do setor privado e a emergência do movimento sanitarista, enquanto no contexto político o modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em declínio como consequência da crise que vinha ocorrendo no capitalismo a nível mundial.

Por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo) [...] Devido a escassez de recursos para a sua manutenção, ao aumento dos custos operacionais, e ao descrédito social em resolver a agenda da saúde, o modelo proposto entrou em crise (POLIGNANO, 2011).

Com o movimento das diretas já, em 1985 e a eleição de Tancredo Neves, o regime militar chega ao fim. Para Escorel, Nascimento e Edler (2005), este foi um momento histórico, pois a partir daí os movimentos sociais ganharam espaço no cenário nacional, que até então estavam reprimidos, dentre estes movimentos destacava-se o movimento sanitarista que lutava por melhorias na saúde, tendo sua culminância na VIII Conferência Nacional de

Saúde que foi um marco histórico, considerado como o momento mais significativo do processo de construção de uma base de estratégias para o movimento para a democratização da saúde.

Em 1987 foi criado o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), que tinha como princípios básicos a universalização, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e a participação comunitária, este sistema constituía-se em um meio para a reorganização dos serviços enquanto se esboçava a legislação para o setor.

Concluído o processo de elaboração, em 1988 é promulgada a Constituição Federal, que traz em seu texto constitucional, inúmeras modificações na área da saúde pública, dentre elas estão a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) regulado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, que vem trazendo de forma ampliada os princípios do SUDS acrescentando a Integralidade e a Participação popular também como princípios básicos deste novo sistema, a partir de então a saúde passa a se constituir direito de todos e dever do Estado.

Embora a criação do SUS tenha se constituído em um grande avanço, em 1990 o Estado influenciado pela política de ajuste neoliberal promove uma Reforma interna orientada pelos ditames do Banco Mundial que definia como solução para a “crise” a contenção dos gastos públicos através de cortes orçamentários que ocorreram principalmente na área social, essas modificações culminaram na redefinição do papel do Estado que deixou seu papel de provedor, passando a ser apenas regulador, isto trouxe graves conseqüências para as políticas sociais que tornaram-se cada vez mais insuficientes, seletivas e focalizadas devido a falta de investimentos.

As transformações ocorridas a partir desta redefinição do papel do Estado conforme Almeida (1998) foram refletidas na fragmentação das políticas sociais, bem como no esvaziamento dos direitos sociais dos países centrais e periféricos através do processo de privatização, que se estendeu até no trato das questões sociais, expressando claramente a proposta neoliberalizante de mercantilizar os serviços sociais.

A criação de uma esfera pública não-estatal (terceirização) de acordo com Bravo (2006) seria defendida pelos autores da Reforma do Estado, como vantajosa para se obter maior eficiência e redução dos gastos públicos, porém o referido plano nada mais era do que um plano voltado para beneficiar o setor privado.

Diante do contexto político conturbado pela retração do Estado e seus reflexos na política de saúde, Bernardino et al (2005) destaca que dois projetos políticos se colocaram claramente em disputa: o Projeto Privatista tendo como proposta um Estado mínimo e uma política de saúde voltada para o mercado, onde o setor privado seria beneficiado em

detrimento do enfraquecimento do setor público, em contrapartida estava o projeto de Reforma Sanitária que defende um Estado Democrático, que possibilite a concretização dos princípios garantidos pela Constituição Federal de 1988, lutando pela saúde pública como uma questão de cidadania, baseados no conceito ampliado de saúde como fundamental na promoção de saúde e prevenção de doenças.

As dificuldades encontradas nos setores secundários e terciários são reflexos do controle exercido pelo setor privado que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência, mas nem sempre está interessado em integrar o modelo vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que inviabiliza a proposta de hierarquização dos serviços, além de manter a prestação dos serviços de saúde públicos sempre condicionados aos interesses privados.

Apesar das dificuldades enfrentadas para efetivação dos princípios do SUS, pode-se afirmar que a política de saúde no Brasil apresentou progressos significativos. Em 1994 na busca de minimizar os conflitos de interesses e propostas divergentes no âmbito da saúde, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF) como política nacional de atenção básica, propondo um modelo para reorganização da atenção básica, investindo na implementação da atenção primária como estratégia para a reorientação do modelo assistencial, para fazer frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais.

A equipe básica do PSF de acordo com o Ministério da Saúde deveria trabalhar com uma proposta interdisciplinar de atenção integral, tendo uma equipe básica composta por um médico de família ou generalista; um enfermeiro, auxiliar de enfermagem e o Agente Comunitário de Saúde (ACS), além de outros profissionais que poderiam ser incorporados às unidades básicas de acordo com as demandas e características de cada município.

A proposta do governo era investir na atenção primária, onde as equipes deveriam atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, articulados com a assistência curativa de alta complexidade, pautados no princípio da integralidade.

Porém, na prática, os investimentos em ações voltadas à prevenção e promoção em saúde tem sido muito aquém da necessidade existente, por isso a população tem adoecido mais e constituído uma crescente demanda pelos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, pois embora tenhamos conquistados ao longo de anos de lutas, avanços importantes em relação à melhoria dos serviços de saúde, é notória a existência de muitos entraves que impossibilitam o funcionamento do Sistema Único de Saúde tal como está proposto na lei.

Na atenção básica o pequeno número de profissionais e a falta de investimentos têm dificultado a atuação dos profissionais que, em muitas circunstâncias, limitam sua atuação ao imediatismo. Outro problema que impede a continuidade do atendimento iniciado na atenção básica é a ineficiência dos serviços de contra-referência que nem sempre estão articulados de maneira a atender em tempo hábil a demanda da população encaminhada pelo PSF.

De acordo com Bravo (2006), este novo Programa, voltado para melhoria da atenção básica, deveria considerar o conceito de saúde, não apenas como a ausência de doenças, mas como um conjunto de condições coletivas de existência, tendo como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação e o acesso aos bens e serviços essenciais.

A ampliação do conceito de saúde trazida pela Reforma Sanitária, foi um importante passo para o entendimento que a saúde está relacionada diretamente as condições de vida da população e que fatores externos podem ser grandes causadores de problemas de saúde e não apenas fatores biológicos como até então era compreendido.

O reconhecimento da violência como uma questão de saúde pública decorreu também, desta ampliação do conceito de saúde, assim a violência que por muitos anos foi considerada um fenômeno sócio-histórico ligado apenas a questões sociais e jurídicas, passou gradativamente a ser compreendida como uma questão de saúde pública, devido o crescimento dos números de óbitos e adoecimentos por causas externas.

Como reflexo desta mudança de concepções em relação à violência como questão de saúde pública, em 2001 o Ministro da Saúde aprovou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001) configurando-se como um instrumento orientador da atuação do setor de saúde neste contexto.

A implantação desta política vem reforçar a importância da atuação dos profissionais de saúde contribuir com a diminuição da incidência da violência contra crianças e adolescentes, através da percepção e notificação de casos constatados na comunidade. Tendo em vista que esta política estabeleceu diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas medidas inerentes à promoção da saúde e a prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais (BRASIL, 2001).

Apesar do Brasil atualmente não possuir estatísticas oficiais sobre os casos notificados de violência, dados do Ministério da Saúde revelam que os agravos por causas externas (violências e acidentes) representam a terceira causa de morte da população geral, e a primeira na população de 1 a 39 anos. Estes dados são alarmantes e indicam que a problemática tem

afetado boa parte da população brasileira de forma direta ou indireta, exercendo grande impacto na qualidade de vida e nas condições de saúde da população.

Devido à magnitude do problema e visando atender a legislação vigente, o Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (CGDANT), implantou, em 2006, em 26 estados brasileiros, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). O VIVA objetiva coletar dados principalmente em serviços Sentinelas de urgência e emergência e gerar informações sobre violências e acidentes que venham subsidiar políticas em saúde pública direcionadas a esses agravos, como também ações de enfrentamento dos determinantes e condicionantes das causas externas numa perspectiva intersetorial e com base no direito a saúde e a vida, incentivando a formação de redes de atendimento as pessoas vítimas de violências e acidentes, buscando, dessa forma, garantir atenção integral, promoção da saúde e cultura de paz (BRASIL, 2010).

Embora, atualmente, o VIVA ainda não possua capacidade de registrar os casos notificados em todos os serviços de saúde públicos no Brasil, este sistema constitui-se em um importante passo na direção de sistematizar dados acerca da incidência dos casos de violência em todo país.

No entanto, um dos problemas que tem dificultado o avanço na sistematização dos dados acerca da violência está na falta de preparo dos profissionais de saúde para lidar com a questão, de acordo com a ABRAPIA (1992), o profissional de saúde no Brasil ainda não está preparado para conduzir casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, tão frequentes em salas de emergência e Unidades Básicas de Saúde. Por isso, muitas pessoas vítimas de violência são atendidas em serviços públicos de saúde, sem, no entanto que haja a notificação e os devidos encaminhamentos, impedindo que estes casos sejam contabilizados pelas estatísticas nacionais e se transformem em instrumentos para direcionar as políticas de enfrentamento a problemática.

Na maioria dos casos os diagnósticos não são bem esclarecidos, e em outros o diagnóstico é firmado, mas o profissional de saúde por falta de orientação adequada sobre como proceder ou com medo das implicações legais, acaba limitando sua atuação a cuidados emergenciais, supondo que esta seja a sua única responsabilidade. Muitos profissionais de saúde têm dificuldade em comunicar possíveis casos de violência às autoridades, por medo de sofrerem algum tipo de retaliação ou até mesmo por desacreditarem que a sua denúncia possa modificar a situação, que em muitos dos casos, ocorre no próprio ambiente familiar.

Porém, o ECA, em seu art. 13, deixa claro a obrigatoriedade dos profissionais que lidam com crianças e adolescentes, incluindo os profissionais de saúde de identificar, notificar

e buscar formas e parceiros para proteger a vítima e dar apoio à família nos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2003, p. 16). O profissional que se omitir desta responsabilidade estará sujeito a penalidades conforme prevê o art. 245 do ECA (BRASIL, 2003, p. 78).

Apesar das proteções legais existentes, os direitos da infância e da juventude continuam sendo violados, mas é preciso lutar pela efetivação destes direitos garantidos em lei e para isto se faz necessário que os profissionais de saúde percebam a notificação não apenas como um instrumento burocrático de coleta de dados sobre a violência, mas como um importante instrumento de garantia dos direitos da criança e do adolescente.

5 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: DISCUTINDO A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UBSF “ANA AMÉLIA VILAR CANTALICE”

A UBSF “Ana Amélia Vilar Cantalice” está situada no bairro Rocha Cavalcante no município de Campina Grande/PB, foi inaugurada em 2006 e desde então presta serviços de atendimento a saúde da população através de uma equipe multidisciplinar de profissionais composta por duas equipes que juntas abrangem em média duas mil famílias, e são formadas no total por: duas Enfermeiras, duas Auxiliares de Enfermagem, dois médicos, doze Agentes Comunitários de Saúde, sendo uma dentista, uma Auxiliar de consultório Dentário e uma Assistente Social para as duas equipes, também há uma equipe de apoio terceirizada composta por duas recepcionistas, dois vigilantes diurnos e dois noturnos, além de duas auxiliares de limpeza.

Embora a implantação desta UBSF tenha se constituído em um grande avanço para a comunidade, um dos problemas hoje percebidos é que a demanda tem crescido muito ao longo dos anos e a equipe permanece com a mesma quantidade de profissionais, desta forma cada profissional vai se adequando e se sobrecarregando para atender os usuários que procuram a Unidade, isso tem limitado o trabalho dos profissionais que muitas vezes não conseguem trabalhar a prevenção e promoção em Saúde da maneira que o Programa propõe, devido o grande volume de demandas imediatas.

A situação vivenciada pelos profissionais de saúde do Rocha Cavalcante é apenas uma amostra do que tem ocorrido a nível nacional com o PSF, por isso tem se chegado à conclusão

de que a política de Saúde no Brasil tem caráter focalizado, tendo em vista que não dá conta de atender todas as famílias cadastradas de forma integral.

A UBSF “Ana Amélia Vilar Cantalice” foi espaço de nossas observações e aprendizado durante todo o período do estágio curricular, onde desenvolvemos o projeto “Violência doméstica contra crianças e adolescentes: discutindo a atuação dos profissionais de saúde da UBSF ‘Ana Amélia Vilar Cantalice’”, considerando a complexidade que envolve a questão da violência doméstica contra crianças e adolescentes, bem como a escassez de dados acerca dos casos notificados a pesquisa teve como objetivo geral: Analisar a atuação dos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família - Ana Amélia Vilar Cantalice, diante dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, buscando traçar o perfil dos profissionais de saúde, descrever os procedimentos realizados pela equipe, bem como apresentar as dificuldades encontradas por eles, em abordar os casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, que chegam ao conhecimento da equipe na comunidade em que atuam.

As constatações que nos impulsionaram a abordar este tema vieram das observações e estudos que fizemos durante todo o ano de 2010, chegando a conclusão de que neste período não ocorreu nenhuma notificação de casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes na comunidade atendida pelas duas equipes, que no total abrange cerca de duas mil famílias, também percebemos no cotidiano de boa parte dos profissionais de saúde, certo receio em tratar da problemática, uma vez que este assunto é considerado por muitos profissionais como uma questão apenas social e por isso é tida por muitos como inerente ao trabalho do assistente social.

O fato de alguns profissionais de saúde da referida UBSF estarem de licença médica e outros de férias, impossibilitou a realização da pesquisa com todos os profissionais da equipe, por isso a escolha de nossa amostra baseou-se no critério da representatividade onde foi escolhido aleatoriamente um profissional de cada área específica do conhecimento integrante da equipe multidisciplinar de saúde da UBSF o que corresponde a 33% de todos os profissionais, desta forma tivemos a oportunidade de recolher dados concretos acerca da realidade de cada profissional, buscando entender como vem se dando a atuação dos mesmos dentro de sua área específica, diante da problemática da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

A pesquisa documental feita a partir dos registros existentes na Unidade apontou que durante o ano de 2010, não ocorreu nenhuma notificação de violência doméstica contra crianças e adolescentes e no período de janeiro a junho de 2011, houve apenas uma

notificação de violência, onde a vítima foi uma criança, o tipo de violência foi caracterizado como abuso sexual que foi praticada por um desconhecido, nas proximidades de sua residência, neste caso a assistente social foi a autora da notificação e fez os devidos encaminhamentos ao Conselho Tutelar e também ao CREAS. Diante dos resultados obtidos com a pesquisa documental percebemos a necessidade de entrevistar os profissionais, na busca de desvendar quais os motivos tem sido determinantes para que haja uma tão pequena incidência de notificações.

Em relação ao perfil dos profissionais entrevistados, a maioria apresenta-se do sexo feminino o que corresponde a 85,7%, enquanto 14,2 % são do sexo masculino. Dentre os entrevistados 14,2% tem de 26 a 30 anos de idade, 28,5% tem entre 31 e 35 anos, 14,2% tem de 36 a 40 anos e 42,8% mais de 40 anos.

Todos os entrevistados ingressaram na UBSF através de concurso público e estão atuando há cinco anos, ou seja, eles foram os primeiros profissionais a trabalharem nesta UBSF desde que ela foi inaugurada em 2006, dentre eles 14,2% possui segundo grau completo, 14,2% possui nível técnico, 14,2% terceiro grau completo e 57,2% são especializados. A maior parte representada por 57,2% dos profissionais entrevistados possuem especialização, isto representa um dado positivo, pois estes profissionais possuem um nível de qualificação profissional superior ao exigido para exercício de seu cargo na UBSF.

Quando questionados se atendiam em seu cotidiano profissional casos de violência doméstica contra crianças ou adolescentes, 71,4% dos profissionais entrevistados, afirmaram atender e 28,5% afirmaram não atender, mas apesar de nunca ter atendido estes casos afirmaram ter orientação para procurar a curadoria da infância, caso algum dia atenda algum paciente vítima de violência.

No período de janeiro de 2010 a junho de 2011, 57,1% dos profissionais que afirmaram atender tais casos, relataram ter atendido apenas um caso de violência doméstica contra criança ou adolescente, enquanto 14,2% afirmaram ter atendido três casos neste mesmo período, porém só um destes foi notificado.

Dentre os profissionais que afirmaram atender casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, 42,8% apontaram como único procedimento realizado por sua área específica, comunicar ou levar o caso a assistente social. Este fato demonstra que boa parte dos profissionais compreende a questão como um problema social e não de saúde pública, por isso acreditam ser a assistente social a profissional mais preparada para lidar com a problemática. 14,2% afirmou que o procedimento realizado por sua área específica é

comunicar o caso a equipe e 14,2% afirmou que além de comunicar o caso a equipe, realiza o atendimento, acompanhamento, notificação e encaminhamentos necessários, em alguns casos também realiza entrevistas com pais ou responsáveis para coletar as informações necessárias para esclarecimento do caso e notificação.

Em relação às notificações dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, 42,8% afirmaram não ter conhecimento acerca destas notificações e 57,1% afirmaram que as notificações foram feitas pela assistente social. Percebemos nas falas dos entrevistados que na condução dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes geralmente há um maior envolvimento dos ACS e da assistente social seguida pela enfermeira e médico, nas entrevistas alguns profissionais demonstraram ter conhecimento acerca dos encaminhamentos que devem ser feitos, porém na prática este conhecimento nem sempre tem se aplicado, prova disto é o irrisório número de casos notificados.

Embora a notificação seja obrigatória nem sempre ela é feita, alguns profissionais afirmaram que a violência por ser um tema complexo e envolver o emocional das pessoas acaba sendo difícil fazer a notificação em determinados momentos, já que a notificação é um processo no qual a vítima precisa falar detalhes acerca da violência sofrida o que em muitos casos, torna a situação bastante delicada, por isso alguns profissionais deixam para fazer a notificação em outro momento e acabam esquecendo e este se constitui em um grave problema gerando um grande número de sub-notificações, já que boa parte dos casos não consta como violência e nem chegam a ser notificados, ficando fora das estatísticas e na impunidade.

Os profissionais entrevistados mencionaram a existência de muitas dificuldades na realização da abordagem e percepção dos casos de violência, dentre elas foi citada a omissão por parte da vítima ou familiares de informações que possam levar os casos adiante, por isso os profissionais sentem-se limitados a investigar o caso temendo ser invasivos com os usuários, que nestas situações geralmente demonstram resistência e medo diante de questionamentos que levantem suspeitas sobre o caso.

Além da dificuldade do usuário em expor o problema, outra questão relatada pelos profissionais é a falta de preparo deles para lidar com a problemática, muitos afirmam não ter conhecimento suficiente sobre questões relacionadas à violência e relatam que se faz necessário uma capacitação e sensibilização dos profissionais sobre o tema, para que os mesmos adquiram a competência necessária para atuar no enfrentamento da problemática.

Alguns profissionais deixaram claro em suas falas o receio que tem de lidar com casos de violência contra crianças e adolescentes por medo de represálias por parte da comunidade já que nem sempre o sigilo profissional é mantido em todas as instâncias pelas quais o caso irá passar, em muitos dos casos os profissionais que lidam diretamente com a comunidade afetada não sentem segurança em repassar o caso à diante por se sentirem desprotegidos e mais vulneráveis a situações de violência.

Em relação à atuação da equipe diante dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, 28,5% dos entrevistados avaliaram como sendo satisfatória, conforme alguns trechos de suas falas demonstram:

“Os casos que houve foi bem resolvido, uma vez que não houve reincidência.”

“A equipe se preocupa, tentam buscar indícios e fazem os encaminhamentos devidos.”

Porém dentre os entrevistados acima citados que avaliaram a atuação da equipe como sendo satisfatória, 14,2% destes afirmou no início da entrevista não atender casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes e nem ter conhecimento acerca das notificações, com isso vemos a contradição explícita na avaliação do nosso entrevistado que considerou satisfatória a atuação da equipe com a qual ele não possui nenhum envolvimento em relação à abordagem e enfrentamento aos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes que chegam ao conhecimento da equipe.

Apesar de boa parte dos profissionais da UBSF “Ana Amélia Vilar Cantalice” possuir grau de instrução superior ao necessário para exercício de sua função dentro da equipe multidisciplinar da atenção básica, a maioria deles 71,4% considera a atuação da equipe diante dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, insuficiente, insatisfatória, frágil ou ainda omissa, como expressam suas falas:

“[...] Os profissionais não querem se envolver por não achar de sua responsabilidade, ou não saber agir, não há articulação eles ficam mais preocupados com questões burocráticas [...]”

“É uma atuação frágil [...]”

“Somos omissos em grande parte, e falta informação a respeito do assunto, além do medo que temos em lidar com a problemática por falta de apoio [...]”

“Insatisfatória, a gestão deveria ser mais ativa em oferecer uma segurança aos profissionais e contra-referência mais eficiente [...] além de capacitação para os profissionais lidar com a questão.”

Estes profissionais argumentaram que muitos não querem se envolver por considerar que não seja de sua responsabilidade ou por não saber agir diante da situação, além disso, apontam a falta de articulação entre a equipe e a preocupação com as questões burocráticas, como graves problemas que prejudicam a atuação adequada. Além disso, justificam que a atuação não tem sido satisfatória pelo fato do Estado não oferecer aos profissionais de saúde capacitação sobre o tema, nem serviços eficientes de contra-referência que possibilitem mais segurança aos profissionais que lidam com estas questões, desta forma eles defendem que para a melhoria desta atuação é preciso que haja maior envolvimento dos gestores, profissionais e comunidade no enfrentamento à problemática.

O fato de alguns profissionais se omitirem da responsabilidade que lhes é atribuída pela lei constitui-se em um grave problema e este estará sujeito a penalidades conforme prevê o Art. 245 do ECA, que deixa claro a obrigatoriedade dos profissionais de saúde de identificar, notificar e buscar formas e parceiros para proteger a vítima e dar apoio à família nos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

Para que as Políticas direcionadas ao enfrentamento da violência tenham sucesso, faz-se necessário a participação mais efetiva do Estado, da sociedade e dos profissionais de saúde em relação à percepção e notificação dos casos constatados, que deverão ser encaminhados ao Conselho Tutelar para que os procedimentos cabíveis sejam tomados, para isto é preciso que a notificação seja compreendida como um instrumento de garantia de direitos e de proteção social de crianças e adolescentes e que precisa ser utilizado com vistas a solucionar o problema.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletirmos sobre a construção social do conceito de infância e as particularidades brasileiras no atendimento a criança e ao adolescente podemos concluir que tivemos grandes avanços constitucionais no que se refere à proteção da infância, porém, também pudemos

constatar os prejuízos advindos da influência neoliberal sobre o Estado, refletidos em entraves para a efetivação das políticas de atendimento a criança e ao adolescente, além do agravamento de problemas sociais relacionados à exclusão social, pobreza e violência no contexto atual.

Os dados obtidos com a pesquisa realizada na UBSF “Ana Amélia Vilar Cantalice”, revelam que, apesar da violência já ter sido reconhecida como uma questão de saúde pública, inclusive através de leis, boa parte dos profissionais da UBSF ainda compreendem a violência apenas como um problema social e acreditam que por este motivo a assistente social é a profissional mais preparada para lidar com tal problemática e assim atribuem a ela toda a responsabilidade de notificar e fazer os encaminhamentos necessários dos casos.

De acordo com Minayo (2006), o reconhecimento da violência como um problema de saúde pública no Brasil vem se fazendo de forma fragmentada, lenta, intermitente, mas progressiva, sinalizando que este reconhecimento por parte dos profissionais de saúde, pode vir a ocorrer de forma progressiva com o passar tempo e com os investimentos necessários em capacitação para os profissionais.

Portanto, não é preciso analisar esta problemática a fundo para se chegar ao entendimento de que afastar a violência de nossa sociedade trata-se realmente de algo difícil, já que esta problemática se manifesta atrelada a diversos fatores, por isso é preciso que iniciativas tanto por parte do Estado, dos profissionais de saúde e da população sejam tomadas, tendo em vista que é extremamente necessário se trabalhar numa perspectiva de enfrentamento a violência através de políticas públicas que se materializem em serviços de atendimento eficientes, com profissionais capacitados para perceber e dar respostas qualificadas ao problema, não se eximindo de sua responsabilidade na constatação e notificação de casos de violência, para que assim de forma articulada os serviços públicos de atendimento a criança e ao adolescente possam garantir a efetivação dos direitos estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente.

REFERÊNCIAS

ABRAPIA. **Maus tratos contra crianças e adolescentes:** proteção e prevenção. Rio de Janeiro: Autores e Agentes Associados, 1992. (Guia de orientações para profissionais de saúde).

ALMEIDA, Bernadete de Lourdes Figueiredo. **A prática profissional dos prestadores de serviços sociais na contemporaneidade.** Texto didático elaborado para o “Curso de Alternativas Metodológicas da Prática Profissional”. João Pessoa: (ESPEP), 1998.

ARAÚJO, Tânia Barcelar. **Ensaio sobre o desenvolvimento brasileiro: heranças e urgências**. Rio de Janeiro: Fase, 2000.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

AZEVEDO, Maria Amélia. **Pesquisando a violência doméstica contra crianças e adolescentes: a ponta do iceberg**. Disponível em: <<http://www.usp.br/ip/laboratorios/lacri>>. Acesso em: 10 mar. 2011.

BERNARDINO, Francisca Eugênio et al. O cotidiano profissional do assistente social no Programa Saúde da Família de Campina Grande/PB. **Revista Katálysis**, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/ GM nº 737 de 16 de maio 2001. Política Nacional de redução a Morbimortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial da União, Brasília, nº 96, seção 1E, de 18 maio de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 67/2010 e pelas emendas constitucionais de revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; EDLER, Flávio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula; FALEIROS, Eva Silveira. **Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2007

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A violência social sob a perspectiva da saúde pública**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 10, supl. 1, p. 7-18, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

POLIGNANO, Marcos Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/21/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B21-130611-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2011.

RIZZINI, Irene. **Crianças e menores do pátrio poder ao pátrio dever**: um histórico da legislação para a infância no Brasil. Rio de Janeiro: AMAIS, 1995.

SANTANA, Judith Sena da Silva. O processo de exclusão de adolescentes no Brasil: sua origem na infância desvalorizada. In: RAMOS, F. R. S.; MANTICELI, M.; NITSCHKE, R. G. **Projeto acolher**: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEN, 2000.

SILVA, José Fernando Siqueira da. **O método em Marx e o estudo da violência estrutural**. Disponível em: <<http://www.franca.unesp.br/O%20Metodo%20em%20Marx.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2010.

SIPANI. **Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância**. Disponível em: <<http://diganaoerotizacaoainfantil>>. Acesso em: 11 abr. 2011.