

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
Elaine Bordini Villar

**Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na perspectiva dos profissionais
de Saúde da Família: contribuições para uma política pública de prevenção**

UBERLÂNDIA
2007

ELAINE BORDINI VILLAR

Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na perspectiva dos profissionais de Saúde da Família: contribuições para uma política pública de prevenção

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como parte das exigências para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lindioneza A. Ribeiro.

Co-orientador: Prof^º. Dr^º. Miguel Tanús Jorge.

UBERLÂNDIA
2007

Elaine Bordini Villar

Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na perspectiva dos profissionais de Saúde da Família: contribuições para uma política pública de prevenção

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como parte das exigências para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Uberlândia, 30 de abril de 2007

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Lindioneza Adriano Ribeiro – FAMED/UFU

Prof. Dr. Sérgio Kodato – FFCLRP/USP

Prof^ª. Dr^ª. Anamaria S. Neves – Instituto de Psicologia/UFU

Prof. Dr. Orlando Cesar Mantese – FAMED/UFU

*Às minhas filhas Ana Vitória e Natália, que elas
possam acreditar e sonhar com uma sociedade mais
justa, humana e essencialmente igualitária.*

AGRADECIMENTOS

Aos orientadores Dr^a. Lindioneza Adriano Ribeiro e Dr. Miguel Tanús Jorge pela riqueza do aprendizado e por tantas vezes que acolheram minhas dúvidas e acalentaram minhas idéias.

Ao aluno da Faculdade de Medicina da UFU, Bruno Burjaili, pela amizade e companheirismo, que pacientemente me auxiliou na coleta de dados e etapas posteriores possibilitando a concretização deste trabalho. E, a seus pais, Sandra e Mauro, pela gentileza.

Aos colegas da Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFU que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, compartilhando idéias, artigos e referências bibliográficas, em especial à LÍlian de Fátima Dornelas que, muitas vezes me emprestou o ouvido.

À Prof^a. Dr^a. Maria Cecília de Souza Minayo pela leitura prévia.

Ao CRIAV pela oportunidade de conhecer, vivenciar e pesquisar o tema da violência contra crianças e adolescentes.

À amiga Eleusa Gallo pelo incentivo e crença em minhas potencialidades.

Ao Dr. Oscar Virgílio, pela generosidade e solidariedade, através de sua colaboração pude cursar as disciplinas para obter os créditos necessários.

Às minhas filhas, por renovarem minhas forças nos momentos de descrença e cansaço.

À Citá, por cuidar tão bem das minhas filhas dando-me tranquilidade para caminhar.

À minha mãe pelo amor incondicional e, por me ensinar que, mesmo na adversidade, é possível sonhar. A meu pai, com quem aprendi a tratar as diferenças com tranquilidade e respeito. Aos meus irmãos pelo carinho e, principalmente, ao caçula pelo auxílio financeiro.

“Nesta vida pode-se aprender três coisas de uma criança: estar sempre alegre, nunca ficar inativo e chorar com força por tudo que se quer!”

Paulo Leminski

RESUMO

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes fere o direito à vida e à dignidade, causando sérios prejuízos físicos, psíquicos e morais, constituindo-se em um problema de saúde pública. E, o Programa de Saúde da Família (PSF) é um importante veículo para compreensão *in locus* desse fenômeno, tornando-se parte integrada de uma rede social de apoio. O objetivo do presente estudo foi avaliar o conhecimento e a conduta dos profissionais do PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de Uberlândia sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Foram realizadas entrevistas com os profissionais que atuavam diretamente nas 34 equipes do PSF e nos três PACS da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, no período de abril a outubro de 2005. Os questionários tiveram duas versões, uma onde foi utilizado o termo denúncia nas questões a serem respondidas e, outra em que todas as vezes que este termo aparecia foi substituído por notificação. Dos 233 profissionais entrevistados, a maioria (187; 80%) era do sexo feminino, tinha idade entre 18 e 39 anos (167; 71,7%) e, atuava nos programas há mais de um ano (164; 70%). Sobre violência na infância e adolescência, muitos (138; 59,2%) relataram ter lido ou estudado, principalmente em jornais e revistas (66; 47,8%). Das participações (123) em aulas ou palestras mencionadas por 114 (48,9%) profissionais, apenas 16 (13%) ocorreram na graduação. Na definição de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, atos explícitos tais como desrespeito e agressão foram facilmente incluídos (193; 82,8%) e, os pais (89; 38,2%) mencionados como os principais agentes agressores. Os tipos de violência mais identificados foram a física (215; 92,2%) e a psicológica (163; 69,9%). Do total, 106 (45,5%) se consideraram aptos a atender ou reconhecer este fenômeno. Quando questionados sobre o porquê de tal aptidão, o conhecimento pessoal foi o critério mais citado (71; 89,9%). Em uma das 14 situações hipotéticas que lhes foram apresentadas, a violência não foi reconhecida por alguns (8; 3,4%) e, a criança ainda culpabilizada por tal ato (27; 11,6%). E 142 (60,9%) profissionais se depararam com situações reais, durante atuação no PSF e PACS, principalmente a negligência (39; 27,5%) e, a violência física concomitante com a psicológica (36; 25,4%). Mas, a maioria (83; 58,4%) não notificou ou denunciou nenhum caso. Dentre os entrevistados, o medo de represália foi citado como motivo preponderante (71; 30,4%) para a não notificação das situações de violência. Entre os que responderam ao questionário contendo a palavra denúncia (115; 49,3%), apenas 16 (13,9%) denunciaram todos os casos. E dos que responderam a segunda versão com a palavra notificação (118; 50,6%), 52 (44%) não notificaram nenhum. O Conselho Tutelar foi considerado (141; 60,5%) o órgão mais adequado para a notificação dos casos, entretanto, grande parte (193; 82,8%) desconhecia a obrigatoriedade de tal conduta. A maioria (99%) manifestou interesse em informar-se sobre o tema, assinalando os encontros sistematizados e palestras (142; 60,9%) como as melhores formas de obtenção do conhecimento. Conclui-se que a configuração das Equipes de Saúde da Família (ESF), em Uberlândia, segue prioritariamente o modelo biomédico de atenção à saúde, contradizendo a integralidade, princípio básico do PSF e do SUS. A maioria dos profissionais dessas equipes são mulheres com predomínio de adultos jovens, reforçando a tendência à *feminilização* no mercado de trabalho em saúde, bem como a absorção por parte do sistema público dos recém-graduados na área. Em relação ao tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, não possuem subsídios teóricos para a identificação deste fenômeno, uma vez que há uma lacuna no conhecimento e formação dos mesmos. Encontram dificuldades em delimitar o que é ou não violência, e os tipos não estão devidamente definidos e estruturados. Mesmo assim, muitos profissionais se consideram aptos ao reconhecimento e atendimento de possíveis situações, pautados em critérios pessoais. A notificação, enquanto um recurso de intervenção,

não é incluída em seus procedimentos técnicos. Embora, a maioria tenha conhecimento sobre o órgão de notificação em casos de suspeita ou confirmação desse tipo de violência, frente à realidade, não realiza a notificação devida, encontra dificuldades quanto aos encaminhamentos legais e, também em assumir seu papel no sistema de proteção à infância e adolescência. O medo de represália, o pré-julgamento de que não há necessidade e a desinformação sobre qual órgão comunicar o fato são fatores que contribuem para a atitude de não-notificação. As palavras “denúncia” ou “notificação” não os influenciaram nas respostas quanto à conduta diante das situações de violência. Todavia, a necessidade de um processo de capacitação é premente, pois há o risco de reprodução da violência em sua forma institucional.

Palavras-chave: Crianças e adolescentes. Violência intrafamiliar. Programa Saúde da Família. Saúde Pública.

ABSTRACT

The intrafamiliar violence against children and teenagers is a public health problem that injures the right to life and dignity, causing serious physical, psychological and moral losses. The Programa de Saúde da Família (Family Health Program), PSF, is an important vehicle for the *in locus* comprehension of this phenomena, and it's an integrated part of a social support network. The objective of the study was to evaluate the knowledge and behavior of the professionals of PSF and Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Health Communitarian Agents Program), PACS, about the intrafamiliar violence against children and teenagers. Interviews were conducted with the professionals that acted directly in the 34 teams of PSF e 3 PACS from the Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (Uberlândia Municipal Department of Health), from April to October 2005. There were two versions of questionnaires: one with the term "denounce" in the questions and the other in which this term has been switched by "notification". Most of the 233 interviewed professionals were female (187; 80%), most were between 18 and 39 years old (167; 71,7%) and most worked in the programs for more than one year (164; 70%). Many (138; 59,2%) said they had read or studied about violence in childhood and teenage, principally in newspapers and magazines (66; 47,8%). Between the participations (123) in classes or lectures mentioned by 114 (48,9%) professionals, only 16 (13%) occurred during graduation. About the definition of intrafamiliar violence against children and teenagers, explicit acts such as disrespect and aggression were easily included (193; 82,8%), and the parents (89; 38,2%) were the most mentioned as aggressors. The most identified classes of violence were the physical (215; 92,2%) and psychological (163; 69,9%). From the total, 106 (45,5%) considered themselves able to attend or recognize this phenomena. When the question was about the reason for such aptitude, the personal knowledge was the most cited criteria (71; 89,9%). In one of the 14 hypothetical situations presented, the violence has not been recognized by some (8; 3,4%) and the children was considered guilty for such act (27; 11,6%). While working in PSF and PACS, 142 (60,9%) professionals faced actual situations, most commonly related to negligence (39; 27,5%) and to the combination of physical and psychological violence (36; 25,4%). Nonetheless, most (83; 58,4%) did not notify or denounced any case. The fear for retaliation was the most cited reason (71; 30,4%) for not notifying. Among the professionals that answered the questionnaire with the term "denounce" (115; 49,3%), only 16 (13,9%) denounced all the cases; among the ones that answered the other version term "notification" (118; 50,6%), 52 (44%) didn't notify any case. The Tutelary Council was considered (141; 60,5%) the most adequate institution to receive the notifications, however a great part (193; 82,8%) was unknown of the obligatoriness of such conduct. Most (99%) expressed interest in receiving information about the subject, pointing systematic meetings and lectures (142; 60,9%) as the best means for obtaining knowledge. It was concluded that the configuration of the Equipes de Saúde da Família (Family Health Teams), ESF, in Uberlândia, specially follows the biomedical pattern of health attention, disrespecting the integrality, basic principle of PSF and Sistema Único de Saúde (Unique Health System), SUS. Most professionals are women, with a preponderance of young adults, reinforcing the tendency to feminization in health work market, and the destination of early graduated to the public system. There is few theorycal subsides for the identification of the intrafamiliar violence, once there is a lacuna in the knowledge and formation of the health professionals. They find difficulties in delimitating what is or is not violence, and the classes are not strictly defined and structured. Even though, many of them considered themselves able to recognize and attend potential situations, guided by personal criteria. The notification, as a resource of intervention, is not included in their technical procedure. Although most know the institution they should notify the cases of suspicion or confirmation of such

violence, when facing reality, they don't do so, finding difficulties about the legal destinations and not assuming their paper of protectors of childhood and teenage. The fear for retaliation, the misconception of lack of need and the misinformation about what institution to communicate the cases are the most important factors for not notifying. The words "denounce" or "notification" did not influence the answers about the conduct towards the violence situations. Anyway, the need for a process of capacitation is urgent, once there is the risk of violence reproduction in its institutional form.

Key Words: Children and teenagers. Intrafamiliar violence. Family Health Program. Public Health.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Profissão/ocupação dos entrevistados do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, abril a outubro de 200550
- Tabela 2 – Faixa etária e categoria profissional/ocupacional dos entrevistados do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, abril a outubro de 2005.....52
- Tabela 3 – Categoria profissional/ocupacional e tempo de atuação dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, abril a outubro de 2005.....54
- Tabela 4 – Contexto de aulas ou palestras sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes segundo profissão/ocupação dos entrevistados do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, abril a outubro de 2005.....57
- Tabela 5 – Conduta quanto à denúncia diante de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, segundo o questionário A (denúncia), pelos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, abril a outubro de 2005.....67
- Tabela 6 – Conduta quanto à notificação diante de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, segundo o questionário B (notificação), pelos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, abril a outubro de 2005.....68
- Tabela 7 – Casos reais atendidos pelos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia durante a atuação, abril a outubro de 2005.....75

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1	–	Localização dos núcleos do PSF e PACS em Uberlândia-MG	44
Gráfico 1	–	Sexo e faixa etária dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, abril a outubro de 2005	51
Gráfico 2	–	Faixa etária e categoria profissional/ocupacional dos entrevistados do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, abril a outubro de 2005.....	53
Gráfico 3	–	Tipo de leitura ou estudo realizado pelos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.....	55
Gráfico 4	–	Tipo de leitura realizada segundo o grau de instrução e ocupação dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.....	56
Gráfico 5	–	Participação dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia em aula ou palestra, sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.....	58
Gráfico 6	–	Elementos da definição teórica utilizados pelos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, para conceituar a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.....	59
Gráfico 7	–	Tipos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes referidos espontaneamente pelos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, abril a outubro de 2005.....	59
Gráfico 8	–	Aptidão dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, para o atendimento ou reconhecimento de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.....	60
Gráfico 9	–	Justificativa dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia sobre “por que você se considera apto(a) a atender ou reconhecer uma situação de violência intrafamiliar contra crianças e/ou adolescentes?”, abril a outubro de 2005.....	61

Gráfico 10	–	Justificativa dos profissionais do Programa Saúde da Família de Uberlândia sobre “como você reconhece uma situação de violência intrafamiliar contra crianças e/ou adolescentes?”, abril a outubro de 2005.....	61
Quadro 1	–	Respostas das avaliações dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, sobre situações de violência contra crianças e adolescentes, abril a outubro 2005.....	63
Gráficos 11a, b	–	Distribuição dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia sobre a situação 1: “mãe solteira, em troca de auxílio financeiro, autoriza a filha de 15 anos a residir, desde os 8 anos, com um homem então com 60 anos, divorciado. A adolescente, no momento do atendimento psicológico, referiu desejar viver com a mãe”, caracterizada ou não como violência (a) e a responsabilização pela situação (b), abril a outubro de 2005.....	65
Gráfico 12	–	Conduta dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, diante de três situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.....	69
Gráfico 13	–	Outras condutas dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, diante de três situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.....	69
Gráfico 14	–	Conduta dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, diante de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, segundo o questionário A (denúncia), abril a outubro de 2005.....	70
Gráfico 15	–	Conduta dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, diante de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, segundo o questionário B (notificação), abril a outubro de 2005.....	71
Quadro 2	–	Órgãos para os quais os profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia denunciaram (a) ou notificaram (b) situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.....	72
Gráfico 16	–	Conduta dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, diante do atendimento de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.....	73

- Gráfico 17 – Conduta e categoria profissional/ocupacional dos entrevistados do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, diante de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.....74
- Gráfico 18 – Motivos pelos quais os profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia não fariam a denúncia/notificação, abril a outubro de 2005.....76
- Gráfico 19 – Instituições/órgãos considerados aptos, pelos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, a atender situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.....77
- Gráfico 20 – Opiniões dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia sobre os órgãos aptos a atender uma situação de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.....78
- Gráfico 21 – Formas de aprendizado indicadas pelos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, na obtenção de conhecimento sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.....79

LISTAS DE ABREVIações

ACS –	Agente Comunitário de Saúde
Aux. de enf. –	auxiliar de enfermagem
CCJ –	Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara
CDCA –	Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente
CEMAIA –	Centro de Atendimento à Infância e Adolescência
CID 10 –	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª revisão
CLT –	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMDCA –	Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente
CRAMI –	Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância
CRIAV –	Centro de Referência à Infância e Adolescência Vitimizada
CT –	Conselho Tutelar
ECA –	Estatuto da Criança e do Adolescente
Encontros sist. –	encontros sistematizados com profissionais especializados
Ens. fund., méd. ou téc. –	ensino fundamental, médio ou técnico
ESF –	Equipe de Saúde da Família
HCU –	Hospital de Clínicas de Uberlândia
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH –	Índice de Desenvolvimento Humano
MP –	Ministério Público
MS –	Ministério da Saúde
NEPTAV –	Núcleo de Estudo e Pesquisa em Trauma, Acidente e Violência
NIS –	Núcleo de Informação em Saúde
NOB –SUS –	Norma de Operação Básica do Sistema Único de Saúde
OMS –	Organização Mundial de Saúde
ONGs –	Organizações Não-Governamentais
ONU –	Organização das Nações Unidas
OPAS –	Organização Pan-americana de Saúde
PACS –	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEA –	População Economicamente Ativa
PITS –	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PROMED –	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE –	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
Prov. sim –	provavelmente sim
PSF –	Programa Saúde da Família
SIPIA –	Sistema de Informação para a Infância e Adolescência
Superior –	profissionais de nível superior
Supervisões sist. –	supervisões sistematizados
SUS –	Sistema Único de Saúde
Téc. médio –	técnico de nível médio
UAI –	Unidade de Atendimento Integrado
UBS –	Unidade Básica de Saúde
UBSF –	Unidade Básica de Saúde da Família
UNICAMP –	Universidade Estadual de Campinas
Vara da Inf. e Juv. –	Vara da Infância e Juventude

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: uma realidade a ser considerada no âmbito da saúde.....	17
1.2	Programa Saúde da Família: importante aliado na atenção e prevenção da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.....	29
1.3	O enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes em Uberlândia.....	39
2	OBJETIVOS.....	42
3	CASUÍSTICA E MÉTODO.....	43
3.1	Participantes e suas características gerais.....	43
3.2	Locais de atuação das ESF e dos PACS.....	43
3.3	Instrumento de coleta de dados.....	45
3.4	Procedimento de coleta de dados.....	45
4	RESULTADOS.....	50
4.1	Características gerais dos profissionais de Saúde da Família (PSF/PACS).....	50
4.2	Conhecimento dos profissionais do PSF e PACS sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.....	54
4.3	“Conceitos” e tipos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, segundo os profissionais do PSF e PACS.....	58
4.4	Aptidão dos profissionais para reconhecer a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes durante a atuação no PSF e PACS.....	60
4.5	Identificação, procedimentos e atendimento de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelos profissionais do PSF e PACS.....	62
4.6	Opinião dos profissionais do PSF e PACS sobre o órgão adequado para a realização da notificação.....	77
4.7	Leituras oficiais e interesse dos profissionais do PSF e PACS em obter conhecimento sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.....	79
5	DISCUSSÃO.....	80
5.1	Características gerais dos profissionais de Saúde da Família (PSF/PACS).....	80
5.1.1	Composição das equipes.....	80
5.1.2	Sexo e idade dos profissionais do PSF e PACS.....	84
5.2	Conhecimento dos profissionais sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.....	86
5.3	“Conceitos” e tipos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes referidos pelos profissionais do PSF e PACS.....	93
5.4	Aptidão, identificação, atendimento e procedimentos diante de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelos profissionais do PSF e PACS.....	98
5.5	Conhecimento sobre os órgãos de notificação e conduta dos profissionais do PSF e PACS.....	106
5.6	Respostas dos profissionais do PSF e PACS nos diferentes tipos de questionários.....	108
6	CONCLUSÕES.....	112
7	COMENTÁRIOS E SUGESTÕES.....	114
	REFERÊNCIAS.....	118
	ANEXOS.....	128

1 INTRODUÇÃO

1.1 Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: uma realidade a ser considerada no âmbito da saúde

A família, considerada socialmente como espaço privilegiado de proteção, afeto e solidariedade, também produz violência (FREITAG; LAZORITZ; KINI, 1998; GUERRA, 1998; JUNQUEIRA, 1998; SANTOS, 2004). É no ambiente doméstico [lugar de intimidade e de vivências] onde, cotidianamente, são encenados vários episódios de violência envolvendo crianças e adolescentes (AZEVEDO; GUERRA, 2005; MARMO; DAVOLI; OGIDO, 1995; MENA, 2005; PINTO JÚNIOR, 2005). Estes acontecimentos são também mencionados, na literatura nacional e internacional, por uma série de termos [como abusos, castigos, disciplina, agressão, maus-tratos e vitimização], utilizados de forma indiscriminada, descaracterizando e negligenciando a amplitude do problema (PINTO JÚNIOR, 2005).

Segundo Azevedo e Guerra (2005), os termos disciplina e castigo, tradicionalmente conhecidos na educação de crianças, excluem a violência sexual, não explicitam a verdadeira gravidade das formas de disciplinamento e castigo; maus-tratos e agressão também são inadequados, pois explicam o fenômeno pela questão moral, como se fosse um problema de bondade ou maldade individual. Para as autoras, a agressão refere-se a um conceito psicológico não específico do ser humano e a palavra abuso associada a vitimização se aproxima de uma explicação mais adequada; no entanto, violência é o termo que melhor explica o fenômeno, na medida em que expressa uma relação assimétrica de poder.

No presente estudo, optou-se pelo termo violência com a qualificação intrafamiliar pensando não somente no contexto da domesticidade, da intimidade, como também dos vínculos ampliados, ou seja, pessoas que participam do âmbito familiar [tios, primos, avós, madrasta, padrasto, amigos da família etc] compartilhando vivências, inclusive violência.

A violência doméstica ou intrafamiliar tem a sua manifestação nas relações de poder onde crianças e adolescentes são submetidos à autoridade e desígnios dos adultos (AZEVEDO; GUERRA, 1989; GOMES et al., 2002; MARMO; DAVOLI; OGIDO, 1995; PINTO JÚNIOR, 2005):

[...] enquanto violência interpessoal, a vitimização é uma forma de aprisionar a vontade e o desejo da criança, de submetê-la, portanto, ao poder do adulto a fim de coagi-la a satisfazer os interesses, as expectativas e às paixões deste (AZEVEDO; GUERRA, 1989, p. 35).

Palácios (1995), ao rever o histórico da Psicologia Evolutiva, reconhece que as categorias infância e adolescência “[...] são conceitos sócio-culturais relativamente recentes”.

“Durante séculos, as crianças foram consideradas como seres menores, mais frágeis, menos inteligentes” (p.10). Concebidas como pequenos adultos, eram obrigadas a participar de árduas jornadas de trabalho.

Ao discutir a história social da criança e da família, Ariès (1981) também ressalta que o sentimento de infância é uma construção [preocupação] moderna, pois até o século XVII a criança não era socialmente representada e vivia no anonimato. Não havia lugar para a infância, uma vez que seu sentido era inabilidade, dependência, incompetência:

[...] A duração da infância era reduzida a seu período mais frágil, enquanto o filhote do homem ainda não conseguia bastar-se; a criança então, mal adquiria algum desembaraço físico, era logo misturada aos adultos, e partilhava de seus trabalhos e jogos (ARIÈS, 1981, p.10).

A partir dos séculos XVII e XVIII, com os movimentos culturais e religiosos, é que a infância começa a ser tratada como um período diferenciado da idade adulta (ARIÈS, 1981; PALÁCIOS, 1995). No entanto, apenas em meados do século XIX é que se inicia uma preocupação com a criança como um ser em formação, merecedor de cuidados e atenção (ARIÈS, 1981; DELGADO; FISBERG, 1990; MUZA, 1994).

É importante ressaltar, ainda, que na história dos povos e civilizações, há diversos relatos de torturas, de crianças sacrificadas como oferendas aos deuses, de abandono [*crianças enjeitadas*] e infanticídios [nos quais crianças pequenas são mortas pelos pais] revelando, portanto, que violências sempre foram cometidas contra crianças e adolescentes na história da humanidade, pois os pais detinham o poder sobre a vida e a morte dos filhos [pátrio poder], podendo decidir a seu *bel-prazer*, respaldados pela cultura, o destino dos mesmos (ASSIS, 1994; AZEVEDO; GUERRA, 2001; BACKES, 1999; BRINGIOTTI, 2000, tradução nossa; FERRARI, 2002; MUZA, 1994).

Para Bringiotti (2000, tradução nossa), há uma tendência a se naturalizar a violência, uma vez que algumas atitudes, condutas e normas sociais, adquiridas ao longo do tempo e repetidas de forma automática, são aceitas sem nenhum questionamento. Segundo essa mesma autora, muitas vezes, acredita-se na natureza agressiva do homem sem questionar fatores psicossociais relacionados às respostas violentas, então, certas concepções e crenças, historicamente construídas, consolidam estilos de educação, de família, de papéis de gênero e formas de relacionamentos.

Minayo (2003) esclarece que a violência é um fenômeno complexo e multidimensional, portanto de difícil conceituação: “A violência não é uma, é múltipla [...]”; “[...] referem-se a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e à busca de domínio e aniquilamento do outro” (p. 25). Acrescenta que, em suas várias expressões necessita ser

compreendido no contexto da vida social como um componente humano, relacional, de comunicação¹ e, [reforça] como uma *dramatização de causas* [estruturais, conjecturais, micro-sociais, subjetivas etc].

Neves (2004), ao estudar a violência doméstica física contra crianças e adolescentes nas camadas populares, ressalta a importância de se considerar as bases e o desenvolvimento histórico para a explicação desse fenômeno, pois delimitam suas diferentes manifestações no decorrer da organização das sociedades. Afirma, ainda, que se deve pensar o homem como “[...] um sujeito em que a História e a violência imprimiram suas marcas” (p. 69). A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, em suas entrelinhas, articula-se, então, a aspectos sócio-histórico-culturais tornando-se parte de um contexto maior.

Bringiotti (2000, tradução nossa), resgatando textos de Casado Flores e colaboradores (1997), observa que a evolução do maltrato infantil [termo utilizado pela autora], como um problema social, atravessou diferentes períodos, assim denominados:

- de desconhecimento - até meados de 1940, os profissionais, de forma geral, ignoravam a ocorrência dos maus-tratos; embora desde 1860 o médico francês Tardieu e o inglês Johnson alertassem sobre as fraturas múltiplas nas crianças devido às possíveis violências. No entanto, somente no final do século XIX começam a ser registrados como uma entidade clínica, devido ao desenvolvimento da pediatria e da puericultura. O caso Mary Ellen, menina de nove anos, filha legítima, nascida em Nova York em 1866, chamou a atenção para a questão dos maus-tratos. A mesma apresentava sinais de violência física e sintomas graves de desnutrição e negligência. Na época, não existiam leis que protegessem as crianças dos maus-tratos infligidos por pais e cuidadores. O caso foi então apresentado à sociedade protetora dos animais, com o argumento de que a criança pertencia ao reino animal e merecia tratamento adequado. Em 1874, o processo judicial foi validado com o reconhecimento do maltrato e abandono na sociedade. Em 1875, em Nova York, fundou-se a *Society for the Prevention of Cruelty of Children*. A criação do raio-X, no século XX, facilitou o registro do fenômeno denominado *trauma desconhecido* [fraturas cuja origem não era possível se estabelecer uma vez que os relatos dos pais eram contraditórios e ambíguos];

1. Componente humano na medida em que acompanha a história da humanidade e seu processo civilizatório. Relacional conforme a posição social dos sujeitos envolvidos, e de comunicação devido os níveis de compreensão dos sentidos e significados das práticas sociais.

- descrição do sintoma sem identificação - a partir de 1940, inicia-se uma etapa onde ocorrem diversas investigações e publicações de trabalhos científicos. Cafey, em 1946, apresenta estudos sobre a relação entre hematomas subdurais e alterações radiológicas anormais em ossos longos encontrados em muitas crianças. Em 1955, Wooley e Evans demonstram que as origens de lesões traumáticas em crianças poderiam dever-se à violência dos pais e cuidadores. Paralelamente, observa-se uma série de medidas de proteção à criança, especificamente a partir da Declaração dos Direitos da Criança aprovada em 1959, em Assembléia da Organização das Nações Unidas (ONU);
- identificação - de 1961 a meados de 1970, através de simpósios e de periódicos médicos, são publicadas descrições completas de síndromes, bem como sua prevalência nos Estados Unidos. Assim, em 1961, Kempe chama a atenção para a Síndrome da Criança Espancada. E, em 1972, Cafey descreve a Síndrome do Bebê Sacudido [forma comum de maltrato infantil, com repercussão neurológica]. Vale dizer que no ano anterior, Lukianowicz havia mencionado o maltrato emocional. O abuso sexual somente foi visualizado bem mais tarde;
- reconhecimento - desde meados dos anos 70 aos anos 80, o maltrato infantil passa a ser incluído como um problema clínico, psicológico e social. Iniciam-se, então, os primeiros registros, em prontuários, da síndrome da criança maltratada;
- prevenção - em meados da década de 80 até o presente, desenvolvem-se prioritariamente nos países de primeiro mundo, diferentes programas de prevenção e atenção às famílias em situação de risco.

Embora se possa observar um avanço gradativo em relação à compreensão deste fenômeno, enquanto objeto de estudo, preocupação e atenção, a criança continua a sofrer violação de seus direitos e, ainda é vista como parte de um mundo *menor*, mesmo em países desenvolvidos onde se iniciou mais precocemente o desenvolvimento de sua cidadania (ASSIS, 1994). A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes tornou-se um tema de relevância e discussão na atualidade (CARIOLA et al., 1995; CASTRO NETO, 1994; GOMES et al., 2002; JUNQUEIRA, 1998; MUZA, 1994; OLIVEIRA-FORMOSINHO; ARAÚJO, 2002; PASCOLAT et al., 2001).

Para Guerra (1998, p. 32), a violência doméstica contra crianças e adolescentes representa:

[...] todo ato ou omissão praticada por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar danos físicos, sexuais e/ou psicológico à vítima – implica, de um lado numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância isto é, uma negação do direito que as crianças e adolescentes têm de ser tratadas como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Desta forma, a violência contra crianças e adolescentes pode traduzir-se em ações que vão desde a privação da atenção às necessidades básicas como alimentação, vestuário, afeto [amor parental], e ao dano físico e sexual, podendo, ainda, ocasionar traumas e lesões, com possibilidade de óbito (CARIOLA et al., 1995).

Em geral, a violência na infância é praticada por mães, pais biológicos ou outros adultos que fazem parte da vida da criança (AZEVEDO; GUERRA, 2005). De Antoni e Koller (2002) afirmam que há, em mais da metade dos casos, parentesco - laços de proximidade ou consangüinidade [pai, mãe, padrasto, madrastra, tio, irmão mais velho] - entre o agressor e a criança ou adolescente abusado.

Alguns estudos (CARIOLA et al., 1995; CASTRO NETO, 1994; KORN et al., 1998) têm demonstrado que os meninos estão sujeitos a maior risco de violência física que as meninas e o agente agressor com maior frequência é a mãe (CARIOLA et al., 1995; PASCOLAT et al., 2001). Ao se aproximarem da adolescência, os meninos estão expostos a maior risco de negligência (DE ANTONI; KOLLER, 2002) e para a violência física Araújo (2005) observa que, de forma geral, a violência não escolhe gênero. Entretanto, sobre a violência sexual, há consenso entre os autores do predomínio de crianças e adolescentes do sexo feminino (AMAZARRAY; KOLLER, 1998; CARIOLA et al., 1995; CASTRO NETO, 1994; SEABRA; NASCIMENTO, 1998), mas vale ressaltar que devido aos tabus e a subnotificação há poucos registros de violência sexual contra meninos (PINTO JÚNIOR, 2005).

A incidência do fenômeno da violência intrafamiliar na infância e adolescência, no País, aponta para uma realidade a ser considerada. Segundo Cariola e colaboradores (1995, p. 160), “calcula-se que 11% das crianças brasileiras recebem sistematicamente maus-tratos”; “[...] que 60 mil crianças são violentadas sexualmente a cada ano, só no Estado de São Paulo [...]”. Estas estatísticas provavelmente estão aquém das estimativas existentes, uma vez que, em muitos casos, a violência não chega a ser diagnosticada (PASCOLAT et al., 2001; PINTO JÚNIOR, 2005). Segundo Pascolat e colaboradores (2001) estimam-se que, no Brasil, a cada caso notificado, de 10 a 20 não são registrados.

Souza e Mello Jorge (2004), ressaltando a importância na melhoria da qualidade e clareza dos dados, constataram que, no Brasil, no ano de 2002, entre as crianças de zero a quatro anos de idade, os acidentes domésticos foram as principais causas de óbitos (22,3%). Consideraram, ainda, que estes acidentes sugerem negligência e falhas no cuidado e supervisão de crianças. Entre crianças e adolescentes de 10 a 19 anos, os homicídios (49%) correspondem às mais importantes causas de mortalidade, o que revela, na maior parte dos casos, o desgaste e a ausência de sentidos nas relações interpessoais que se desdobram no desrespeito à cidadania das crianças e adolescentes, seja no interior dos lares seja nos espaços físicos. Identificam, do ponto de vista da morbidade, elevada ocorrência de traumatismos do crânio em crianças. Dados de 1998 mostram que, no Brasil, foram internadas, por essa causa, 16.376 crianças menores de 10 anos, sendo 56,8% menores de 5 anos. As quedas (61,2%) e os acidentes de transporte (21,1%) constituem os principais eventos causadores de lesões.

Os dados estatísticos internacionais também são relevantes. Christian e colaboradores (1997, tradução nossa) em estudo realizado junto ao Departamento de Pediatria de um hospital na Filadélfia, estimam que nos EUA 3,3 milhões de crianças e adolescentes são expostos à violência intrafamiliar, a cada ano.

Assim, assumindo conceitos e características diversas conforme a época e a sociedade, o fenômeno da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, de forma democrática, acontece nas diferentes classes sociais sem distinção de raça, credo ou cor (AZEVEDO; GUERRA, 2005; CARIOLA et al., 1995; MUZA, 1994; NEVES, 2004; PINTO JÚNIOR, 2005). No entanto, este tipo de violência torna-se pública nas camadas populares em decorrência da denúncia e, conseqüente acompanhamento ou intervenção dos órgãos públicos, em contrapartida, as classes mais abastadas ocultam suas mazelas nos consultórios particulares (AZEVEDO; GUERRA, 2005; DESLANDES, 1994; FERRARI, 1990; NEVES, 2004).

As principais modalidades de violência intrafamiliar contra crianças e /ou adolescentes podem assim ser definidas:

violência física - toda manifestação de força física praticada por pais, responsáveis ou familiares, intencionalmente, contra crianças e adolescente, com o objetivo de ferir, maltratar e destruir (AZEVEDO; GUERRA, 1989; SOUZA; MELLO JORGE, 2004). Pode ser identificada pela presença de lesões orgânicas diagnosticáveis, tais como, cutâneas, neurológicas, oculares e ósseas, conseqüentes de queimaduras, mordidas, tapas ou espancamento (CARIOLA et al., 1995; CASTRO NETO, 1994; DE ANTONI; KOLLER, 2002);

violência psicológica - é todo ato no sentido de rejeitar, depreciar, humilhar, discriminar, desrespeitar a criança e o adolescente em sua subjetividade, além de utilizá-los para atender às necessidades psíquicas dos adultos (CARIOLA et al., 1995; SOUZA; MELLO JORGE; 2004).

O abuso-vitimização psicológica pode assumir duas formas básicas: a de negligência afetiva e a de rejeição afetiva. A negligência afetiva consiste numa falta de responsabilidade, de calor humano, de interesse para as necessidades e manifestações da criança. A rejeição afetiva caracteriza-se por manifestações de depreciação e agressividade para com a criança (AZEVEDO; GUERRA, 1989, p. 41).

A violência psicológica é de difícil reconhecimento, uma vez que as marcas não são visíveis, no entanto, trazem seqüelas ao desenvolvimento psicoafetivo da criança e do adolescente (CASTRO NETO, 1994).

violência sexual - todo ato ou jogo sexual, abrangendo as relações hétero e homossexuais, perpetrada por adultos [pais, parentes ou responsáveis] contra crianças e adolescentes, com a finalidade de satisfação sexual própria (AZEVEDO; GUERRA, 1989; JUNQUEIRA, 1998; KORN et al., 1998; ZAVASCHI et al., 1991). Trata-se de uma relação desigual, sendo que a criança e o adolescente, devido seu estágio de desenvolvimento, não têm condições emocionais e cognitiva de dar um consentimento informado, ou seja, de avaliar o que de fato está ocorrendo (DE ANTONI; KOLLER, 2002; SEABRA; NASCIMENTO, 1998; SOUZA; MELLO JORGE, 2004);

negligência- constitui todo ato de omissão por parte dos pais ou responsáveis, que deixam de prover as necessidades básicas de crianças e adolescentes. Consiste, ainda, na ausência de oferta de nutrientes e estímulos físicos, emocionais e morais necessários ao desenvolvimento integral e ao sentimento de bem-estar dos mesmos (CARIOLA et al., 1995; DE ANTONI; KOLLER, 2002; SOUZA; MELLO JORGE, 2004), em casos extremos de abandono requer a hospitalização da criança (KORN et al., 1998).

Síndrome de Münchausen por procuração - é a construção de uma história clínica ou de sintomas, inventada ou provocada pelos pais ou responsáveis, a fim de submeter a criança e o adolescente a procedimentos clínicos e hospitalares desnecessários (BRASIL, 2001a; SOUZA; MELLO JORGE, 2004).

É importante esclarecer que estas modalidades, na maior parte dos casos, não atuam de forma exclusiva (ALEGA; BERNAL; GOMEZ, 1999; AZEVEDO; GUERRA, 2005, BACKES, 1999). Na realidade, estão interligadas, se sobrepõem, coexistem, apresentando, muitas vezes, um efeito cumulativo (BRINGIOTTI, 2000, tradução nossa).

Percebe-se que este tipo de violência está instalado em nosso meio e, embora muitos não queiram ver talvez por não saberem como atuar (BRINGIOTTI, 2000, tradução nossa), não se trata de um mito. Como lembra Neves (2004), “[...] mito é a história da infância feliz, da família continente e gratificadora” (p.80). Além disso, há uma série de crenças utilizadas para legitimar a violência física e sexual contra crianças e adolescentes, tais como: “é necessário disciplinar as crianças através da punição corporal”, “a violência sexual raramente acontece”, “quem comete violência sexual geralmente são pessoas estranhas”, “se a criança consentiu é porque gostou”, “crianças criam histórias de vitimização sexual” (AZEVEDO; GUERRA, 2005; CASTRO NETO, 1994). Essas representações estão presentes em nossa cultura, distorcendo a verdadeira percepção e significado desse fenômeno (BRINGIOTTI, 2000, tradução nossa).

De acordo com De Antoni e Koller (2002), a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes envolve uma dinâmica de funcionamento do abusador, da vítima, da família e de sua rede de apoio social, podendo desencadear reações específicas nas pessoas envolvidas e no contexto nas quais estão inseridas. São então observados fatores desencadeadores de violência nas relações familiares, como um todo: a transmissão entre diferentes gerações de práticas disciplinares severas (AZEVEDO; GUERRA, 2001; CARIOLA et al., 1995; DE ANTONI; KOLLER, 2002; OLIVEIRA-FORMOSINHO; ARAÚJO, 2002), as manifestações de expectativas irreais sobre o comportamento dos filhos, os distúrbios na interação mãe-pai-filho(a) (DE ANTONI; KOLLER, 2002), pais com histórico de violência doméstica em sua família de origem (CARIOLA et al., 1995; CASTRO NETO, 1994; DE ANTONI; KOLLER, 2002; OLIVEIRA-FORMOSINHO; ARAÚJO, 2002), *stress* decorrente das dificuldades financeiras (CARIOLA et al., 1995; MARMO; DAVOLI; OGIDO, 1995; OLIVEIRA-FORMOSINHO; ARAÚJO, 2002), idade precoce e inexperiência materna, conflitos conjugais (OLIVEIRA-FORMOSINHO; ARAÚJO, 2002), dentre outros.

No entanto, cabe lembrar que os fatores de risco, citados acima, não explicam ou determinam, por si só, a ocorrência da violência, mas necessitam ser avaliados como características que, em interação, podem predispor as famílias a tal evento [famílias vulneráveis]. Sob esta perspectiva, são considerados fatores individuais dos pais e dos filhos, interação familiar, relação conjugal, fatores sociais e fatores culturais (BRINGIOTTI, 2000, tradução nossa; FREITAG; LAZORITZ; KINI, 1998).

Fonseca (1980) afirma que a criança internaliza a forma, as características e peculiaridades de suas relações primárias, de seus primeiros vínculos com a mãe, com o pai e com os irmãos, com a família, colegas, amigos etc. E que as condições em que são

estabelecidas essas ligações irão *inscrever-se* em sua personalidade, sendo de fundamental importância para sua vida adulta. Desta forma, a violência vivenciada no ambiente doméstico tende a afetar o processo de desenvolvimento global da criança e do adolescente, com conseqüências a curto ou longo prazo (MUZA, 1994; OLIVEIRA-FORMOSINHO-ARAÚJO, 2002), podendo acarretar problemas de relacionamento interpessoal, falta de perspectiva frente ao futuro, comportamentos de autodestruição (PASCOLAT et al., 2001), depressão, instabilidade emocional, sentimentos de culpa, baixa auto-estima, comportamentos obsessivos, fobias (NEWTON, 2001, tradução nossa), aversão ao contato físico, apatia ou avidez afetiva, retardo psicomotor sem etiologia definida, transtorno do sono e da alimentação, conduta agressiva e irritabilidade, interesse precoce em brincadeiras sexuais ou conduta sedutora, choro fácil sem motivo aparente, baixo nível de desempenho escolar dentre outros (BRASIL, 2001a).

Ferrari (1990) discute os papéis sociais nas famílias onde ocorre a vitimização: “[...] o desempenho de papéis é indefinido, instável e falho” (p.107). Afirma que nos casos de violência física os pais estabelecem com os filhos, desde tenra idade, uma ambivalência afetiva, na qual ora são protetores e carinhosos, ora tornam-se violentos e explosivos. Quando o processo de vitimização está instalado, os pais estabelecem uma relação complementar patológica, tornam-se dominadores, explosivos, autoritários, descarregando sobre a criança toda a sua agressividade. O filho, por sua vez, mostra-se submisso, assustado, bloqueado, podendo desenvolver processos psicopatológicos graves, ou então, reagem, rebelam-se, assumindo traços de delinquência.

Assim, esses comportamentos além de indicadores importantes para a compreensão da experiência da violência podem ser resultantes de experiências difíceis vivenciadas pelas crianças e adolescentes em sua matriz afetiva primária.

No caso da vitimização sexual, o agressor [geralmente o pai ou padrasto] intimida a criança através de ameaças de violência física. A filha, por medo de sofrer agressão física, submete-se sexualmente. Muitas vezes, o agressor obtém o silêncio da vítima usando de sedução ou gratificação. Para a criança, o desempenho de papéis familiares torna-se confuso, em relação a esse pai, é filha mas também é mulher; em relação à mãe é filha, mas também é rival, entrando em competição ou culpa. Quanto ao desempenho de papéis sociais, sente-se criança e, ao mesmo tempo diferente, pois esconde um segredo (AZEVEDO; GUERRA, 2005; FERRARI, 1990).

Coukier (1998), abordando o conceito da *criança interna ferida*, faz um importante estudo sobre os adultos sobreviventes de família disfuncionais, vítimas de incestos e outros

abusos infantis. Na compreensão desse fenômeno, a autora deparou-se com a existência de uma patologia vincular chamada co-dependência, personalidades fronteiriças ou *borderline* e distúrbios narcísicos de personalidade:

[...] por trás das dificuldades dos meus clientes adultos, comecei a perceber a existência quase sistemática de uma criança com seus projetos de vingança e resgate da dignidade perdida e que, exatamente pela perseverança do projeto infantil, acabava criando as dificuldades atuais (COUKIER, 1998, p. 24).

Guerra e Azevedo (1989) afirmam que há em torno da violência doméstica um verdadeiro *pacto de silêncio* em que participam os pais abusivos, os vizinhos, os parentes e a comunidade em geral. Na maior parte dos casos, as crianças e adolescentes se sentem constrangidos ou se negam a dizer algo que comprometa seus pais ou ameace a estrutura familiar vigente.

Desta forma, a identificação, o diagnóstico e o tratamento das situações de violência na infância e adolescência requerem a abordagem do problema por profissionais de diferentes áreas como a psicologia, serviço social, direito, medicina, entre outras, devido à complexidade do fenômeno, fazem-se necessários muitos olhares e decisões continentais (AZEVEDO; GUERRA, 2005; FERRARI, 1990).

Conforme Minayo e Souza (1999), no Brasil, o tema da violência foi introduzido na agenda da saúde de forma gradativa e compartimentada. A partir da década de 60-70, inicia-se uma conscientização teórico-metodológica e política do conhecimento ampliado de saúde, envolvendo seus determinantes sócio-culturais. Assim, até então esse assunto restrito do direito criminal e da segurança pública começa a ter espaço como um problema de saúde.

De forma geral, segundo as autoras, essa inclusão foi motivada pela consciência contemporânea de valorização da vida e dos direitos de cidadania [na qual tiveram participação os movimentos pela democratização, as instituições de direito, as Organizações Não-Governamentais (ONGs) de atenção à infância e adolescência e os pediatras ao chamarem a atenção para os danos causados ao desenvolvimento infantil] e pelas mudanças no perfil de morbimortalidade – transição epidemiológica - no mundo e no país, de 4º lugar no perfil de mortalidade geral, na década de 60, os acidentes e violências no Brasil passam para 2º lugar nos anos 80 e 90. No entanto, esclarecem que somente na década de 80, é que efetivamente o tema da violência começou a ser articulado pelo setor saúde em termos de prevenção e assistência, tendo o envolvimento inicial dos epidemiologistas e psiquiatras com suas contribuições científicas, seguidos dos pediatras que auxiliaram na criação, em grandes centros, de diversas ONGs direcionadas ao trabalho com a infância e adolescência.

Posteriormente, muitos municípios, juntamente com outros setores públicos e sociedade civil, articularam-se com esse mesmo objetivo.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), ao observar um aumento na morbimortalidade por causas externas, nas regiões latino-americanas, passou a recomendar aos países membros, a partir de 1993, que incluíssem o tema como objeto de suas intervenções (MINAYO, 2004a). Nesta mesma época, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) se propôs a discutir uma proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica contra crianças e adolescentes (MINAYO; ASSIS, 1994; TAVARES, 2004).

Em 1997, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já havia percebido a gravidade do problema em nível mundial, dando prioridade ao tema na Assembléia Mundial de Saúde (MINAYO, 2004a). Também, no final dos anos 90, o MS brasileiro começa a delimitar uma política nacional sobre o tema (MINAYO; SOUZA, 1999). Em 2001, o documento produzido foi oficializado em uma portaria denominada *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*, objetivando a redução da morbimortalidade por estes agravos no País, mediante o desenvolvimento de uma série de ações articuladas e sistematizadas, evidenciando a importância do diagnóstico, da notificação e da prevenção (BRASIL, 2001b).

O termo morbimortalidade refere-se ao conjunto de situações acidentais e violentas que podem ocasionar mortes e agravos à saúde, demandando atendimentos aos serviços de saúde. Assim, os acidentes e violências representam as causas ditas acidentais [devido ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes] e causas intencionais [agressões e lesões autoprovocadas] (BRASIL, 2001b). Este conjunto de eventos é denominado na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID – 10) como Causas Externas (OMS, 2003).

Contudo, a violência não é objeto próprio do setor saúde, mas se torna:

(1) pelo impacto que provoca na qualidade de vida; pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares; também (2) pela concepção ampliada de saúde, a violência é objeto da intersetorialidade, na qual o campo médico-social se integra (MINAYO, 2004a, p. 646).

No Brasil, os anos 80 e 90 constituíram espaço fértil para discussões sobre temas, tais como a violência, vinculados a diversas áreas do conhecimento e que suscitavam um comprometimento com a transformação social (ALMEIDA; NOVO, 2004). Foi através da mobilização popular de ONGs e diversos outros setores que, no campo da legislação,

aprovou-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8069/90 (SPOSATI, 2000).

Com a elaboração desta nova lei, crianças e adolescentes passam a ser reconhecidos como seres em desenvolvimento, sujeitos de direitos e de cidadania. Houve uma mudança no enfoque doutrinário, de objetos de direitos passam a sujeitos de direitos; da situação irregular [proposta pelo antigo código de menores] para a de proteção integral, essa doutrina incumbe a lei de garantir os direitos fundamentais da criança e do adolescente (ALMEIDA; NOVO, 2004; BEZERRA, 2004; MINAYO, 2004b).

Embora o ECA seja significado de grande avanço, assegurando inclusive garantias legais, nestes 16 anos de existência ainda não foi implementado em sua totalidade. Não houve uma difusão adequada da lei [as pessoas o desconhecem]. Conforme Minayo (2004b), “[...] continua a ser um ideal longínquo para a sociedade brasileira, devendo ser perseguido por todos e também pelos profissionais de saúde” (p.16). O conhecimento do ECA, por si só, não pode prevenir a violência contra crianças e adolescentes, mas, sem dúvida, é um importante veículo legal assegurador da infância brasileira [reconhecendo-a, resignificando-a, atribuindo direitos e deveres] que norteia as políticas públicas regulamentando o atendimento às crianças e adolescentes [expressão do compromisso de atuação do Estado frente às demandas da sociedade].

Vale ressaltar que o Estatuto prescreve a infância como responsabilidade de todos, sociedade civil e Estado:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL: artigo 4, ECA - Lei Federal 8069 de 03/07/90a).

É importante também assinalar que o ECA define legalmente as normas de conduta dos profissionais [médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche] tornando obrigatória a notificação de maus-tratos [artigos 13 e 245] e, seu descumprimento acarreta multa de três a vinte salários de referência e o dobro em caso de reincidência (Brasil, 1990a). Através da portaria nº 1.968 [publicada no Diário Oficial em 16/10/2001], o MS também estabelece a notificação compulsória às autoridades competentes, de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, de casos atendidos nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). A ficha de notificação deve ser preenchida e encaminhada ao Conselho Tutelar (CT) para que

as investigações, o diagnóstico e as intervenções cabíveis sejam providenciadas e, ainda uma cópia deve ser enviada à Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2001c).

Portanto, toda criança deve usufruir seus direitos fundamentais e a legislação brasileira estabelece sanções para quem pratica violência contra crianças e adolescentes, sejam pais, responsáveis ou instituições (BRASIL, 1990a; 2000a).

No entanto, a normalização estabelecida e as implicações legais parecem ser desconhecidas de muitos profissionais, que deixam de notificar [ou de reconhecer o pedido de ajuda] diante da suspeita ou mesmo confirmação deste tipo de violência (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Por meio de uma intervenção adequada é possível evitar a instalação de uma *negligência institucional* (Bringiotti, 2000, tradução nossa). Contudo, a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, na medida em que fere o direito à vida e a dignidade causando sérios prejuízos físicos, psíquicos e morais, deve ser considerada uma questão de saúde pública (BACKES, 1999; PASCOLAT et al., 2001; PINTO JÚNIOR, 2005). E, juntamente com os acidentes, representam forte impacto na morbimortalidade da população (BRASIL, 2001b).

1.2 Programa Saúde da Família: importante aliado na atenção e prevenção da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes

Prevenir a violência demanda, invariavelmente, construir alianças, articulações, estabelecer diálogo e exercitar a “escuta” profissional.

(DESLANDES, 1999)

A partir da década de 80, o sistema de saúde brasileiro sofreu mudanças significativas, fruto de discussões propostas pelo Movimento da Reforma Sanitária, a princípio constituído por profissionais da área da saúde e intelectuais ligados às universidades, incorporado, posteriormente, por diversos segmentos da sociedade (CAMPOS; AGUIAR, 2002; COHN; ELIAS, 1999). Movimento este que, em plena ditadura, lutava pela construção de uma nova política de saúde, essencialmente democrática e que teve seu espaço consagrado na VIII Conferência Nacional de Saúde (COHN; ELIAS, 1999). Como resultado dos esforços para superar a crise no setor saúde, cria-se, em 1988, um Sistema Único de Saúde que se propõe a

estruturar uma política plural, democrática e inclusiva, pautada em princípios essenciais como universalização, equidade, integralidade, descentralização dentre outros, tendo como prioridade promover saúde por meio de ações preventivas, de forma que a população conheça seus direitos [e deles participe] e também os riscos à sua saúde (ARAÚJO, 1999; MENDES, 1999).

Assim, a Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 19 de setembro de 1990, torna obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão e dispõe em seu Art. 2, parágrafo 1º:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (p.1).

Esse novo sistema possibilita compreender o processo de produção de saúde como resultado de uma relação dinâmica [de responsabilidade e construção] entre governo, gestores, usuários, prestadores de serviços, enfim, de todos os cidadãos (Lei 8.142: BRASIL, 1990b).

Portanto, o SUS constitui um avanço em relação ao modelo de saúde anterior (MENDES, 1999), embora enfrente desafios quanto à implementação de suas ações e princípios. Segundo o Conselho Nacional de Saúde, ocorreu uma expansão, nos últimos anos, da oferta dos serviços básicos através da rede municipal de Unidade Básica de Saúde (UBS) e da proposta de Saúde da Família [Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF)], contemplando a população urbana e rural em todo o país, no entanto, avaliam-se algumas dificuldades em relação à qualidade, volume, continuidade e resultado das ações (BRASIL, 2002a).

Apesar dos obstáculos a serem superados, vale ressaltar que o SUS traz em seu bojo a importante função social da inclusão, ou seja, *a saúde como direito de todos* (Lei 8080: BRASIL, 1990c), lembrando que grande parte da população vive em condições de miserabilidade, desigualdade e exclusão social (BRASIL, 2002a).

A organização desse novo modelo assistencial pressupõe uma nova concepção do processo saúde-doença, definida na VIII Conferência Nacional de Saúde como resultante das condições de vida da população e acesso aos serviços de saúde que, por sua vez, estão vinculados aos processos sócio-econômicos (CNS, 1987). Araújo (1999), através da análise de Conferências Nacionais e Internacionais de Saúde e dos modelos teóricos explicativos presentes nos diferentes momentos históricos, afirma que a definição moderna considera o conceito de saúde em sua positividade, expressa na qualidade de vida da população, condicionada, portanto a fatores políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais.

Considerando o conceito sistêmico de saúde [mencionado acima], o problema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes remete a um importante programa do Governo Federal desenvolvido por muitos municípios brasileiros, o PSF:

[...] a partir de 1994 e, principalmente no período de 1998 – 2002, a Saúde da Família deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS (TEIXEIRA, 2004, p. 13).

A proposta de saúde da família teve início com o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), num programa denominado PACS. Em primeira instância, tratou-se de uma iniciativa regional do Norte e Nordeste do país, para controle da epidemia de cólera no início da década de 90 (TEIXEIRA, 2004) e, principalmente para redução da mortalidade materna e infantil (ARAÚJO, 1999). Estes profissionais passaram a atender as comunidades carentes que enfrentavam dificuldades de acesso às condições básicas de saúde, pela distância dos grandes centros e carência de recursos materiais e profissionais. A partir de busca ativa abordavam a população em seus domicílios, promovendo saúde através de ações educativas. Pequenas ações que se multiplicaram e, se transformaram numa proposta maior, o PSF. Assim, o PSF se estruturou através do acúmulo de experiências positivas registradas em todo o país, como o PACS do Ceará, Goiás, a experiência de Médico da Família do Rio de Janeiro, dentre outros (SOUZA, 2001). O Governo Federal então passou a propor aos municípios a sua implantação, como forma de reorganizar a atenção básica (BRASIL, 2000b; FNS, 1994; GIL, 2005). Nos municípios onde existem apenas os PACS, estes podem ser considerados uma transição para implantação do PSF (BRASIL, 2000b; 2006a).

Segundo Souza (2001), o modelo de Medicina da Família é uma estratégia utilizada por vários países (Canadá, EUA, Reino Unido, Cuba etc). Alguns desenvolvem inclusive a atenção aos pacientes hospitalizados. Acrescenta ainda que a OMS tem orientado as universidades a incluírem programas de estudo de forma que a educação médica esteja voltada para as comunidades. Países como Cuba e México destacam-se por desenvolverem programas de especialização em medicina familiar, desde a década de 70. O Brasil também adotou alguns princípios deste modelo de atenção à saúde, porém, com algumas diferenças, “a principal delas é que não se trata de um projeto centrado no profissional médico, mas em uma equipe multiprofissional que inclui, também membros da comunidade (os agentes comunitários de saúde) [...]” (SOUZA, 2001, p. 19).

Ao longo dos anos, o SUS vem sendo repensado na forma de atingir seus objetivos, e o PSF tem assumido papel importante nessa construção. O MS, inclusive, repassa um

incentivo financeiro aos municípios que optam por sua implantação [Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 96]. Em relação ao ano de 2004, o número de equipes do PSF aumentou em 10,68 % (de 21.232 equipes para 23.499). Os investimentos destinados ao programa foram no 1º semestre de 2005, de 1,6 bilhão de reais (BRASIL, 2005).

O PSF, em seus 13 anos de existência, se propõe à edificação de um novo modelo de atenção à saúde, “[...] em que a equipe multiprofissional tem a co-responsabilidade social de enfrentar os desafios de uma nova produção de saúde, tendo como base a atenção às famílias, considerando-as em todos os seus espaços de vida” (SOUSA, 2001, p. 37).

Em Uberlândia, o PSF foi implantado em meados de 2003 e, é ainda um processo em construção. De acordo com a avaliação quantitativa realizada pelo Núcleo de Informação em Saúde (NIS) da Secretaria Municipal de Saúde, apenas no 1º ano de funcionamento do programa, foram realizadas 258.859 visitas domiciliares pelos diversos profissionais das equipes mínimas (UBERLÂNDIA, 2004).

A família e, não mais o indivíduo, passa a ser, então, objeto de intervenção do setor saúde (TAVARES, 2004). Ferrari (1990) define família como um conjunto de indivíduos “[...] que compartilham circunstâncias históricas, culturais, sociais, econômicas e afetivas [...]”, portanto, uma unidade social básica de desenvolvimento “[...] emissora e receptora de influências culturais e acontecimentos históricos” (p. 104). Comenta ainda que o profissional de saúde, no trabalho com as famílias, tem a possibilidade de lidar com essa multiplicidade de experiências.

Conforme Sousa (2001), em processo de transição, esse novo paradigma de atenção à Saúde enfrenta desafios: do rompimento *clássico* da doença numa prática clientelista (de favor) à consciência do direito a cada cidadão, do conceito de saúde como ausência de doença ao conceito de saúde como qualidade de vida, quebrando a dicotomia indivíduo X coletivo, partindo para a integração entre epidemiologia clínica e social, passando a organizar as intervenções através do trabalho de equipe interdisciplinar.

Desta forma, os profissionais do PSF são organizados em equipes. Conforme diretriz do MS, este é o elemento-chave para que a comunicação e a troca de experiências entre os membros das equipes sejam permanentes. As Equipes de Saúde da Família (ESF) são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ACS. Pode contar, ainda, quando ampliada, com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene bucal. No caso dos PACS, as equipes são compostas por ACS acompanhados e supervisionados por um enfermeiro (BRASIL, 2006a). Dependendo da

demanda e estruturação dos serviços de saúde locais, outros profissionais, como psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais podem também compor a equipe multidisciplinar (COSTA NETO, 2000).

Diferentemente dos demais, os ACS, obrigatoriamente, devem residir próximos à área de atuação das equipes. A idéia é que sejam o elo entre a unidade de saúde e a comunidade; assim, por habitar o mesmo bairro e adentrar mais freqüentemente o domicílio dos usuários, tem maior aproximação à realidade da população (BRASIL, 2001a; FORTES; SPINETTI, 2004).

A ESF fica agregada à Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), que pode ser instalada em unidade básica de saúde já existente, um centro ou posto de saúde, no entanto, a estruturação desse serviço pode ocorrer em novas unidades, desde que a referência territorial e o fácil acesso sejam priorizados (COSTA NETO, 2000).

A UBSF contém uma ou várias ESF, dependendo do número de famílias por área. Essas equipes têm um número fixo sob sua responsabilidade, cerca de 3.000 a 4.500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área. Assim, com uma população delimitada, a atuação dos profissionais acontece prioritariamente nas UBSF, nos domicílios, na sensibilização da comunidade através de atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2006a).

O objetivo é que a UBSF não seja apenas um local de acolhimento e encaminhamento para serviços especializados, mas que tenha um caráter de efetividade, em que os profissionais, inseridos na comunidade, sejam capazes de atender e promover saúde, através de processos educativos, prevenindo doenças em geral; priorizando a qualidade de vida da população e a humanização na prestação das ações e serviços (BRASIL, 2001a; FNS, 1994).

O PSF, enquanto um movimento de descentralização da saúde, tem a possibilidade de conhecer e reconhecer a realidade familiar-comunitária da população o mais próximo de suas necessidades. Considerando que, em suas atribuições básicas, os profissionais da ESF “[...] têm por função conhecer as realidades das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sócio-econômicas, psico-culturais, demográficas e epidemiológicas” (COSTA NETO, 2000, p. 15), a violência contra crianças e adolescentes inclui-se também como um fator de risco à saúde, no qual a população infanto-juvenil está exposta.

Desta forma, o PSF é um importante veículo para a compreensão *in locus* do fenômeno da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, tornando-se parte integrada de uma rede social de apoio (CAVALCANTI, 1999; TAVARES, 2004).

No entanto, em relação à atuação dos profissionais de saúde no que diz respeito à atenção e prevenção deste tipo de violência, barreiras necessitam ser vencidas. Não basta adentrar nos domicílios dos usuários ou tê-los efetivamente em seus espaços de vida mais próximos das unidades de saúde, através do trabalho multidisciplinar.

Segundo Gomes e colaboradores (2002), a abordagem do profissional de saúde frente à violência contra crianças e adolescentes está significativamente associada à visibilidade ou não do problema: “[...] a efetivação de um atendimento depende da possibilidade de ser capaz de identificar a presença ou suspeita da violência nos diferentes casos atendidos” (p. 277). E, esta capacidade de reconhecimento, por sua vez, depende de como esse profissional acolhe e escuta o seu paciente e, contextualiza as suas impressões.

Por outro lado, uma compreensão teórica dos conceitos, dos tipos de violência, dos fatores de risco [os quais a família, a criança, o adolescente e o agressor estão expostos]; da conduta e procedimentos a serem tomados diante de uma suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes possibilitam maior segurança aos profissionais ao se depararem com possíveis situações, além de intervenções adequadas.

Furniss (1993) afirma [especificamente nos casos de abuso sexual] que a criança sempre tenta comunicar o fato, dentro ou fora da família. Isso faz crer que, em algum (uns) momento(s), essa criança ou adolescente, juntamente com sua família, chegam aos serviços de saúde. E, se os profissionais tivessem afinidade com o tema poderiam contribuir para um atendimento imediato, evitando muitas vezes que sintomas fossem instalados e perdurassem ao longo dos anos. Uma intervenção precoce tem impacto decisivo (SEABRA; NASCIMENTO, 1998).

Ao discutir sobre a síndrome do bebê espancado, Delgado e Fisberg (1990) chamam a atenção para o fato de os médicos serem treinados e educados a *acreditarem no óbvio*; não concebem, por exemplo, a possibilidade da mãe ser capaz de agredir o próprio filho e até matá-lo [mito da maternidade].

Vale ressaltar que, muitas vezes, é necessário ir além do que está evidente e se apresenta aos olhos dos profissionais [falsas explicações], uma investigação mais apurada do quadro clínico e condições de risco pode levar a informações importantes, e até então não manifestas (CASTRO NETO, 1994; KORN et al., 1998).

Assim, as situações de violência chegam aos serviços de saúde das mais diversas formas, declaradas ou não, variando desde queixas escolares, alterações de comportamento como agressividade, enurese, dificuldade de relacionamento interpessoal até lesões corporais graves; há uma tendência por parte dos profissionais em dispensar maior atenção a estas

últimas, por serem mais facilmente identificadas, enquanto as demais passam, em sua maioria, despercebidas, exigindo um *elevado grau de suspeição* (MOURA; REICHENHEIM, 2005).

Quando uma criança vítima de violência intrafamiliar chega aos consultórios ou serviços de emergência trazida pelos pais, não se espera que estes últimos confessem ou declarem ter maltratado o próprio filho. No entanto, alguns elementos presentes servem como sinais para se suspeitar ou identificar esse tipo de violência: a forma como a criança é tratada e cuidada pelos pais [no caso da Síndrome de Münchhausen, ao contrário das demais modalidades de violência, há um cuidado em excesso em que situações clínicas ou sintomas são criados para que a criança receba atenção médica]; como a criança se porta frente ao exame ou à presença de outros familiares (DAVOLI; OGIDO, 1992).

Gonçalves e Ferreira (2002) destacam o problema da subnotificação da violência no Brasil, e até mesmo em países desenvolvidos como os Estados Unidos, França e Alemanha. Na opinião das autoras, a notificação é um importante instrumento de controle epidemiológico da violência, embora os profissionais de saúde encontrem dificuldades em admiti-lo e executá-lo. Dificuldades que são devidas à falta de informações básicas para a identificação dos casos; às questões éticas e de sigilo profissional; aos temores quanto a incômodos legais provenientes da própria notificação; às especificidades dos casos e, questões estruturais [realidade adversa dos CT].

Os autores ressaltam, ainda, que o ato de notificar no sentido de delatar, punir, por si só, pouco resolve. Constatam, em seu estudo, o trabalho em parceria com os CT e a sensibilização das famílias [diante de suas disfunções] como um caminho possível e eficaz; na medida em que as pessoas atendidas no sistema de saúde percebem, com o auxílio dos profissionais, que algo não vai bem em suas relações familiares, tendem a colaborar mais facilmente com as intervenções. A notificação e outros procedimentos necessários passam a ter um novo significado, um sentido contextualizado de ajuda, auxílio, e não mais de invasão de privacidade, mudanças impostas ou sanções.

Outros autores (FREITAG; LAZORITZ; KINI, 1998; WALDMAN; MELLO JORGE, 1999; FERREIRA; SCHRAMM, 2000; GONÇALVES; FERREIRA, 2002; FERREIRA, 2005) também destacam a importância da notificação para a prevenção e controle da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

A resistência dos profissionais em notificar ou até mesmo em atender situações desse tipo de violência é um outro aspecto pertinente. Este diz respeito, muitas vezes, a uma atuação solitária e à descrença frente às políticas públicas e órgãos encarregados de proteger os direitos da criança e do adolescente, uma vez que os profissionais não se sentem respaldados

ou referenciados (GOMES et al., 2002; GONÇALVES; FERREIRA, 2002). Vale lembrar que as ações e responsabilidades precisam ser partilhadas e compartilhadas para que, de fato, seja realizado um trabalho interdisciplinar onde ninguém se sinta em prejuízo.

Ferreira e Schramm (2000) referem-se aos obstáculos enfrentados pelos profissionais de saúde, em relação à dinâmica familiar dos casos encontrados; a família nega os maus-tratos, ou seja, não os reconhece como problema; a criança muitas vezes *naturaliza* a violência da qual é vítima, pois teme a punição do agressor uma vez que há vínculo afetivo estabelecido.

No entanto, essa dinâmica precisa ser mais bem compreendida em suas entrelinhas. Vale ressaltar que a família onde a violência contra crianças e adolescentes [especificamente a sexual] ocorre, procura se fechar, evitando que a revelação do fato aconteça. A mudança é vista como sofrimento, pois teriam que olhar e repensar o lugar que cada membro ocupa, a maneira como se vinculam, bem como os papéis que exercem. Portanto, mecanismos de defesa como a negação é acionada, a criança sofre pressão, fica confusa diante do discurso dos adultos, apresentando dificuldade quanto à autonomia de idéias e posicionamentos (AZEVEDO; GUERRA, 2005).

O atendimento às situações de violência intrafamiliar não é tarefa fácil, possui especificidades e complexidade. Exige dos profissionais intimidade com o tema, trabalho interdisciplinar integrado aos demais serviços de proteção, além de disponibilidade interna para lidar com os casos, lembrando que *cada caso é único*. É um tema que mobiliza os profissionais em seus aspectos subjetivos, despertando muitas vezes medos, ansiedades, sentimentos de impotência, inconformismos, e lembranças de suas próprias vivências (BECKES, 1999; GOMES et al., 2002). Requer que cada um trabalhe sua capacidade de estar pronto para o outro, para ser continente ao ouvir e acolher.

O profissional de saúde tem um papel social extremamente importante, tornando-se parte da rede de proteção, uma vez que a unidade de saúde é uma grande porta de entrada dessas situações. Assim, as primeiras atitudes representam “[...] o início da cadeia de procedimentos a serem tomados pelo Estado” (FERREIRA; SCHRAMM, 2000, p. 663).

Estudo de Hyden e Gallagher (1992) destaca e valoriza a importância da obtenção da história para a avaliação dos eventos, os quais os profissionais de saúde se deparam, no setor de emergência e, que sugerem a ocorrência de violência intrafamiliar contra crianças. Na opinião desses autores, o médico deve realizar entrevistas tanto com a família e pessoas envolvidas, quanto com a criança [se possível individualmente]. Deve priorizar questionamentos indiretos [do geral ao específico], evitando posicionamentos preconceituosos

frente às pessoas entrevistadas ou sugerir determinada história, reforçando-a. Caso o histórico evidencie contradições, o processo de investigação deve continuar. Há de se realizar um levantamento minucioso avaliando o que de fato aconteceu; a consistência dos relatos; a ocorrência de registros hospitalares anteriores e de lesões prévias; a presença de possíveis fatores de risco; a dinâmica social da família, dentre outros. O exame clínico torna-se complemento da avaliação. Freitag, Lazoritz e Kini (1998) também compartilham dessas proposições, acrescentam o questionamento sobre a vida em família como um procedimento de prevenção, uma vez que o bem-estar de pais e filhos apresenta uma relação direta.

Esses registros, entretanto, precisam estar claramente descritos, documentados nos devidos prontuários, para que as informações e impressões dos diversos profissionais não se percam, pois além de auxiliar o trabalho interdisciplinar [uma determinada percepção pode complementar ou validar outras], podem subsidiar ações futuras (DESLANDES, 1999; FREITAG; LAZORITZ; KINI, 1998).

Freitag, Lazoritz e Kini (1998) chamam a atenção para a terminologia utilizada pelos médicos em seus registros, assim como em seus achados, pois devem ter os seus significados explicados, de forma a ser compreendida e valorizada por outros profissionais.

Deslandes (1999), ao discutir a possibilidade de prevenção da violência no setor de emergência em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro, defende algumas iniciativas no sentido de uma *atuação de prevenção*, que também podem ser pensadas junto aos profissionais das unidades de saúde da família. Primeiramente capacitar e sensibilizar os profissionais quanto à identificação e o atendimento das situações de violência; na seqüência, elaborar uma *rotina institucional* com ações interdisciplinares de tal forma que os profissionais assumam suas responsabilidades e os encaminhamentos necessários aconteçam; possibilitar uma listagem contendo os diversos serviços e instituições de proteção para que os profissionais possam recorrer caso necessitem, *integrar uma rede de prevenção*; efetivar os registros dos casos de forma sistemática e com qualidade e, por fim, *notificar com responsabilidade*.

A prevenção da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes torna-se, portanto, pauta fundamental a ser discutida no âmbito da saúde pública. Deslandes (1999) nos adverte que “a prevenção da violência impõe dois grandes esforços adicionais: o de superar a noção de fatalidade e inevitabilidade que envolve o senso comum da visão sobre o problema; e o de transpor a noção da violência como um problema social” (p.82). De fato, a violência está vinculada ao campo do social, necessitando de mudanças estruturais e políticas públicas pontuais. Entretanto, a morosidade dessas mudanças, juntamente com a idéia de *fatalidade* e

de *inevitabilidade*, pode nos dar a percepção de que não é possível diminuir e, muito menos prevenir a violência.

É necessário deixar de lado o silêncio e a omissão, assumindo uma postura diferente frente aos serviços prestados à comunidade, seja na emergência ou na atenção básica. O homem faz parte de um todo, de uma *gestalt* onde as partes se afetam, se integram, produzem mudanças. A violência é, também, de responsabilidade da Instituição Saúde (MINAYO, 2004a). Então pequenas ações podem, sim, promover e criar espaço fértil para tantas outras construções. Cada vez que se rompe o ciclo da violência numa determinada família, a perspectiva de prevenção ou diminuição desse fenômeno se multiplica. Como ressaltam Minayo e Assis (1994, p. 265):

Atender de forma minuciosa a criança e sua família, observando a relação existente, orientando educativamente e encaminhando casos suspeitos (de maus-tratos, exploração econômica, prostituição infantil, entre outros) são atitudes que comprovadamente reduzem e previnem a violência.

A prevenção pode se dar no nível primário, em que os pais e/ou responsáveis serão informados e orientados quanto ao desenvolvimento global da criança e do adolescente; formas saudáveis de educá-los; recursos da própria comunidade que podem auxiliá-los em sua tarefa de educar. Isso pode ocorrer também no nível secundário, em que a violência já aconteceu, mas que diante de uma escuta profissional, trabalho de orientação e intervenção tem a possibilidade de não mais se repetir (FREITAG; LAZORITZ; KINI, 1998; FERREIRA, 2005).

Gomes, Silva e Njaine (1999), ao analisarem propostas de prevenção da violência contra crianças e adolescentes referidas por diversos autores, ampliam essa questão e concluem que a mesma pode se dar nos níveis primário, secundário e terciário. O primeiro nível compreenderia a mobilização dos profissionais em relação à problemática, a sensibilização de instituições, grupos e meios de comunicação de massa e a criação de grupo de pais para que possam discutir formas saudáveis de se educar. O nível secundário incluiria a capacitação dos profissionais de saúde para lidar com o tema e a formulação de estratégias para identificação, diagnóstico e intervenção precoce. No último nível, seria proposta a construção de uma rede integrada de atuação de diversos serviços e instituições, tendo como foco de atenção as famílias e não a sua criminalização.

Ao dimensionar a questão da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, os profissionais de saúde se deparam com realidades diversas que exigem novos posicionamentos técnicos, teóricos e éticos, além da participação nas transformações sociais e na luta pela cidadania da população. Portanto, a discussão científica deste tema, em sua

interface com o setor saúde, é extremamente pertinente, na medida em que possibilita conhecimento no âmbito da pesquisa e intervenção. Por outro lado, ao suscitar reflexão sobre infância, realidade brasileira e saúde coletiva poderá fornecer subsídios para fomentar e orientar práticas e políticas públicas de prevenção.

1.3 O enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes em Uberlândia

O município de Uberlândia, localizado na região nordeste do Triângulo Mineiro, conta com uma área territorial de aproximadamente 4.116 km² e ocupa posição privilegiada em relação ao desenvolvimento regional sendo um dos principais municípios geradores de renda, no entanto, apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) insatisfatório quando comparado com índices do Estado ou do País (UFU, 2005).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2000, a população de Uberlândia apresentava uma distribuição de 501.214 habitantes [255.513 do sexo feminino e 245.701 do sexo masculino], sendo estimada para 2005 uma população de 598.481 (BRASIL, 2006b). A categoria infante-juvenil [de 0 a 14 anos] é representada por 26% dos residentes (UFU, 2005).

Os principais órgãos de proteção e instituições de atendimento a situações de violência envolvendo crianças e adolescentes, existentes em Uberlândia, são o Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU), as Unidades de Saúde Pública [Unidade de Atendimento Integrado (UAI), UBS, UBSF] e os CT (ARAÚJO, 2005), além do Centro Municipal de Atendimento à Infância e Adolescência (CEMAIA).

Segundo dados do CT [Região Leste] que, desde julho de 2003, utiliza o Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA²) em registro de casos atendidos, no período de 31/03/03 a 03/05/06, 3.911 crianças e adolescentes [2.063 do sexo masculino e 1.848 do sexo feminino] tiveram de alguma forma seus direitos violados.

Especificamente sobre a violência intrafamiliar, 314 correspondem à violência física, 177 à violência psicológica e 58 à violência sexual, lembrando que o sistema especifica outros tipos como a utilização na mendicância, a convivência com entorpecentes no ambiente doméstico, que podem ser incluídos na modalidade negligência e violência psicológica.

2. O SIPIA é um sistema de informações específicas sobre crianças e adolescentes cujo direito esteja de alguma forma violado, que numa rede de comunicação de dados interliga os Conselhos Tutelares entre si e ao Governo Federal, subsidiando a formulação de políticas e a gestão de programas no Brasil (BATTAGLIA, 1998?).

O CT [Região Oeste] não possui o registro de seus dados atualizados no SIPIA devido a questões estruturais e de funcionamento, não sendo possível demonstrar as especificidades das situações atendidas.

No enfrentamento da problemática da violência contra crianças e adolescentes, bem como da garantia de seus direitos, o município vem construindo uma trajetória. Assim, em 1993, o poder público municipal seguindo determinações do ECA criou, através de uma iniciativa governamental da Secretaria de Trabalho e Ação Social, o Programa SOS Criança; cujo objetivo era prestar o atendimento psicossocial às crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, assim como às suas respectivas famílias.

No entanto, por não haver se constituído ainda um CT no município, as ações do SOS Criança se estendiam desde a notificação de denúncias, atendimento de situações de violência contra crianças e adolescentes e problemas comportamentais destes, até o recambiamento de adolescentes de outras localidades. Além de incluir em seu funcionamento um abrigo para crianças em situação de risco pessoal e social, afastadas de seus pais ou responsáveis. Somente em 1996 é que foi criado o primeiro CT de Uberlândia. O CT, enquanto órgão permanente, autônomo, não jurisdicional, é encarregado de cuidar do cumprimento dos direitos da criança e do adolescente; legitimado pelo ECA para realizar notificações de violência, aplicando medidas previstas nos artigos 136 e 137 dessa mesma lei (BRASIL,1990a). Os municípios têm por dever implementar, no mínimo, um Conselho, composto de cinco membros escolhidos pela comunidade para um mandato de três anos, tendo direito a uma reeleição (BRASIL, 2002b).

Na tentativa de organização dos serviços, esses dois órgãos passaram a dividir suas ações. Enquanto o SOS Criança recebia denúncias, realizando o atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência, o CT notificava toda situação de violação de seus direitos, aplicando medidas cabíveis e, requisitando ao SOS Criança o acompanhamento psicossocial dos casos.

Durante alguns anos, essa forma de atuação perdurou, gerando duplicidade e desarticulação das ações. Como reflexo, essa situação repercutiu diretamente na comunidade que passou a ter uma imagem negativa destes dois órgãos, sem contar o grande número de reincidência de casos de violência.

Em meados de 2001, um grupo de profissionais atuantes no SOS Criança, propôs a transformação do Programa em um Centro de Referência à Infância e Adolescência Vitimizada (CRIAIV), redimensionando assim, a proposta de atendimento através da ampliação de suas linhas de ações: diagnóstico, tratamento, prevenção e capacitação;

buscando atender de forma integrada e abrangente o fenômeno da vitimização da infância e adolescência.

Em função da demanda do primeiro Conselho e do número de habitantes do município, passou a funcionar, no ano de 2002, um segundo CT. Existe no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) uma solicitação para a criação de um terceiro. O Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente (CDCA), como órgão deliberativo, foi criado pelo ECA para subsidiar e garantir o funcionamento do CT e propor políticas públicas (ALMEIDA; NOVO, 2004), no âmbito nacional, estadual e municipal.

Outras modificações surgiram, em 2005, devido a ações governamentais da nova gestão municipal. O CRIAV passou, então, a compor um projeto maior, denominado CEMAIA, com quatro frentes de trabalho: violência doméstica contra criança e adolescente, crianças e adolescentes em vivência de rua, o adolescente e o ato infracional e a erradicação do trabalho infantil.

Em Minas Gerais, Uberlândia é exemplo, pois dispõe de agentes competentes no enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, entretanto, toda uma rede social de apoio ainda necessita ser mais bem articulada, com ações integradas na área da saúde, educação, direito, serviço social etc., numa abordagem global da infância e adolescência. E, conforme mencionado anteriormente, esta pesquisa torna-se relevante, pois poderá esclarecer profissionais de saúde e de outras áreas, sobre a problemática analisada, auxiliando-os, também, na percepção da necessidade de elaboração e efetivação de uma rede de atenção e intervenção que, dê resolutividade a essa demanda específica da população [no caso, o fenômeno da violência].

2 OBJETIVOS

Geral

Avaliar o conhecimento dos profissionais das equipes do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia, sobre o fenômeno da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

Específicos

- analisar se esses profissionais identificam, em sua atuação, situações de violência intrafamiliar contra criança e adolescente;
- conhecer quais procedimentos são adotados pelos mesmos diante da suspeita ou confirmação desse tipo de violência;
- identificar se reconhecem a violência contra crianças e adolescentes como um problema de saúde pública;
- verificar se as palavras utilizadas denúncia ou notificação influenciam respostas sobre a conduta desses profissionais, frente a situações de violência.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 Participantes e suas características gerais

Em Uberlândia, de abril a outubro de 2005, período em que foi realizado o presente estudo, havia 34 equipes do PSF e três PACS da Prefeitura Municipal de Uberlândia, integrados à Secretaria de Saúde.

Das 34 equipes [equipe mínima], 28 são acrescidas da atuação do psicólogo, numa proporção de um profissional para cada duas equipes, num total de 14 profissionais. A atuação do Assistente Social ocorre em 12 ESF, também numa proporção de um profissional para cada duas equipes [quatro atuam no Núcleo Pampulha, um no Núcleo Morumbi e um no Planalto]. Apenas no Núcleo Morumbi, um fisioterapeuta atende à cinco ESF. As demais equipes não recebem estas coberturas.

Dentre os profissionais que atuam nestes programas, 94 são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentista e fisioterapeuta [profissionais de nível superior], 37 auxiliares de enfermagem e de consultório dentário [técnicos de nível médio] e 283 ACS³.

Com exceção do psicólogo e do assistente social, os demais profissionais [médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem etc] cumprem carga horária de 40 horas semanais e, recebem uma remuneração superior ao que é pago pela Secretaria Municipal de Saúde aos profissionais que não atuam no PSF e PACS.

A amostra deste estudo foi constituída pelos profissionais de nível superior, os técnicos de nível médio e 120 ACS [sorteados aleatoriamente entre os 283], totalizando 251 sujeitos potenciais.

3.2 Locais de atuação das ESF e dos PACS

Esta pesquisa foi realizada diretamente nas UBSF onde os profissionais do PSF são agrupados em equipes e nos PACS [um deles alocado em uma UAI, que é referência para o encaminhamento e discussão dos casos, uma vez que estas equipes são compostas apenas por enfermeiros e agentes de saúde, os outros dois funcionam em unidades básicas de saúde, com profissionais subdivididos em três delas].

3. O ACS foi considerado como uma categoria profissional com diferentes graus de instrução. No entanto, a escolaridade exigida para esta ocupação é o 1º grau completo [informação obtida junto a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia].

Em Uberlândia, o PSF e o PACS⁴ foram implantados de forma gradativa, com núcleos localizados em diferentes bairros, como se segue: Núcleo do Bairro Morumbi que possui 10 ESF, o do Bairro Pampulha que funciona com 15 equipes, o Bairro Planalto com 9 sendo uma da zona rural, nos distritos de Tapuírama, Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia e Miraporanga [cada um destes conta com um auxiliar de enfermagem]. Diferentemente dos demais, uma equipe de saúde bucal, composta por um dentista e um auxiliar de consultório dentário, dá assistência nestes distritos. No Núcleo do Bairro Luizote funcionam três PACS, dos Bairros Mansur/Luizote, Dona Zulmira, Tocantins/Guarani com 29, 22 e 30 ACS, respectivamente, [desses últimos, 12 atendem na UBS Guarani juntamente com uma enfermeira e, o restante na unidade do B. Tocantins também com outro profissional de enfermagem] (Mapa 1).



Mapa 1: Localização dos núcleos do PSF e PACS em Uberlândia-MG

Fonte: PSF/PACS da Secretaria Municipal de Saúde.

4. Algumas unidades foram reformadas para a implantação das equipes, outras ocorreram em novas instalações. É possível perceber que o espaço físico de algumas [geralmente as que foram readaptadas para o funcionamento do programa] é bastante precário [por vezes, duas ou três equipes dividem um espaço restrito] dificultando o trabalho dos profissionais, a privacidade e a humanização na atenção aos usuários. No caso dos PACS isso também ocorre; muitas vezes são obrigados a utilizar os espaços da própria comunidade reunindo-se em igrejas do bairro [observação pessoal].

3.3 Instrumento de coleta de dados

Para coleta de dados, foram realizadas entrevistas utilizando questionário semi-estruturado com questões de múltipla escolha e abertas, contendo os seguintes aspectos:

- a) dados gerais do sujeito da pesquisa;
- b) sua capacidade de identificar situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes;
- c) seu conhecimento a respeito da violência contra crianças e adolescentes;
- d) conduta que considera mais adequada e as que tomou, na prática, frente às suspeitas ou confirmações de violência contra crianças e adolescentes.

Os questionários foram elaborados em duas versões, uma onde foi utilizado o termo denúncia nas questões a serem respondidas (Anexo A) e outra em que este termo foi substituído por notificação (Anexo B). Foi realizado pré-teste para adequação do instrumento.

3.4 Procedimento de coleta de dados

Os nomes dos profissionais, juntamente com endereços e telefones das UBSF, foram obtidos na coordenação dos referidos programas. Para a realização das entrevistas, os coordenadores [todos são enfermeiros] das equipes foram procurados nas UBSF, UBS ou UAI e auxiliavam no contato com os demais profissionais. Após a autorização do coordenador da unidade, caso os profissionais não estivessem presentes ou com disponibilidade para responder ao questionário, eram feitas outras tentativas. Os questionários foram aplicados no período de abril a outubro de 2005.

Após assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), os questionários foram preenchidos pelos pesquisadores, em entrevista direta, de cerca de 30 minutos, com o sujeito da pesquisa. Houve uma organização de forma a se evitar que os entrevistados trocassem informações entre si antes de responderem ao questionário, pois um sujeito poderia influenciar a resposta do outro [solicitamos sigilo até que toda a equipe fosse entrevistada – de um modo geral, esse critério foi respeitado].

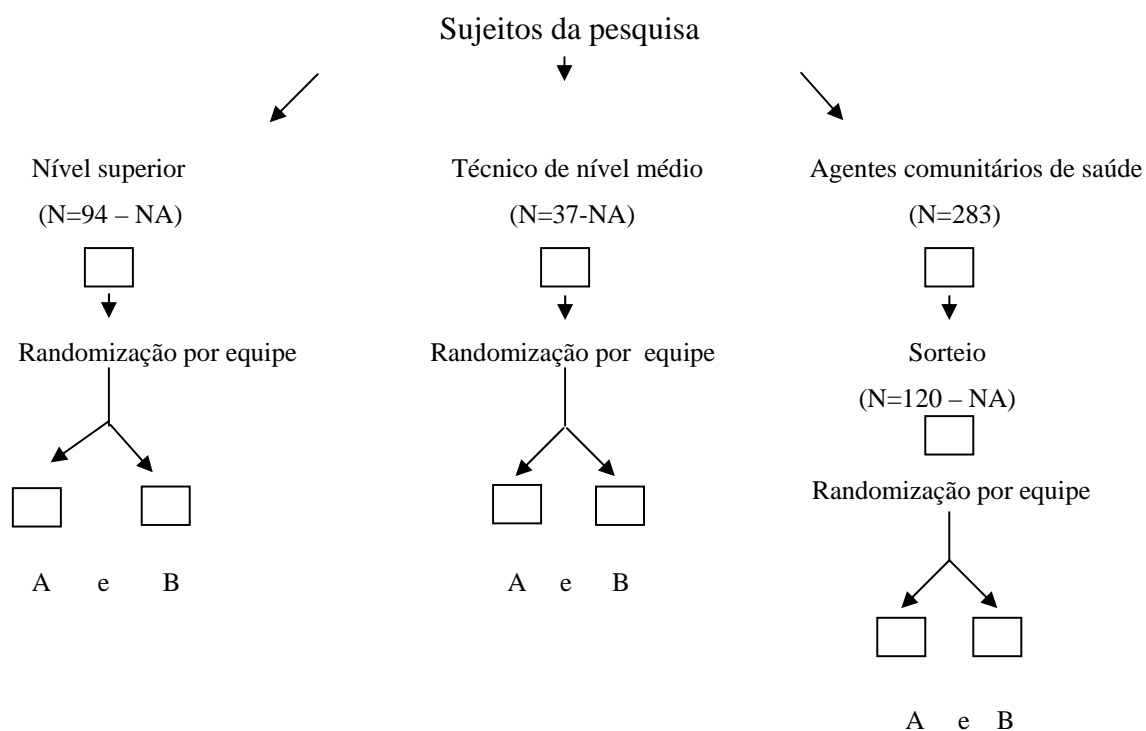
Foram realizadas entrevistas com 233 profissionais. Do total de 94 de nível superior [médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentista e fisioterapeuta], 37 técnicos de nível médio [auxiliares de enfermagem e auxiliar de consultório dentário] e 120 agentes

comunitários de saúde, 88 (93,6%), 34 (91,8%) e 111 (92,5%), respectivamente, responderam o questionário.

Não foram repostos os sujeitos [profissionais de nível superior, médio e agentes comunitários de saúde] que, no momento da entrevista, gozavam de férias, licença médica ou maternidade e os que não se dispuseram a responder o questionário.

A amostra probabilística dos 120 agentes comunitários de saúde constituiu-se da seguinte forma: aproximadamente 40% dos agentes de cada núcleo foram distribuídos entre as equipes de modo a se obter o número da amostra desejado. Portanto, cada ESF, assim como cada equipe do PACS, passaram a ter um número de agentes a ser entrevistado, os quais foram sorteados para participarem do estudo a partir da área de atuação [ex: agente da área um, dois, três etc].

Os sujeitos foram previamente sorteados [randomização por equipe] para responderem à primeira (Anexo A) ou segunda versão (Anexo B) do questionário, como mostra o esquema:



NA: sujeitos que não aderiram ao estudo.

A e B: questionários A e B respectivamente.

Na análise dos dados, estabeleceram-se critérios para agrupar os elementos presentes nas questões discursivas e, assim, analisá-las objetivamente, tendo como parâmetro a literatura científica e a observação dos pesquisadores quanto à frequência de tais elementos.

Na avaliação do conceito de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes mencionado pelos profissionais, primeiramente foram selecionados, a partir da classificação da literatura, alguns termos considerados prioritários para esta conceituação: “[...] todo **ato** ou **omissão** praticada por **pais, parentes ou responsáveis** contra **crianças e/ou adolescentes** que – sendo capaz de causar danos físicos, sexuais e/ou psicológico à vítima [...]” (AZEVEDO; GUERRA, 1989, p. 32, grifo nosso). Estes termos, então, constituíram os critérios de agrupamentos dos elementos presentes nas respostas. Assim, os conteúdos referidos foram classificados em ato - conjunto de palavras que caracterizavam as ações da violência, tais como desrespeito, agressão, violência [citando o tipo]; omissão - palavras que sugeriam negligência quanto aos cuidados fundamentais, como “deixar a criança sozinha”, “fora da escola”, “sem alimentação”; pais - quando o pai, a mãe eram citados como agentes da violência; responsáveis e/ou parentes - quando cuidadores e outros familiares eram citados como agentes da violência; crianças e/ou adolescentes - quando a criança e o adolescente eram referidos como receptores das ações de violência, foram incluídos alguns sinônimos tais como menores, filhos, infância.

Para a classificação dos tipos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, o critério utilizado foi a inclusão das respostas dentro das quatro principais modalidades citadas pela literatura científica, quais sejam: violência física - toda palavra que caracterizava uma agressão física como bater, dar socos, espancar; violência psicológica - palavras que denominavam uma violência emocional, tais como xingar, gritar demais, rejeitar; violência sexual - palavras que caracterizavam formas de relacionamento sexual, tais como molestar, transar, seduzir; negligência - palavras que sugeriam falta de atenção e cuidado em relação às necessidades básicas, como não alimentar, não cuidar da higiene, deixar na rua o dia todo e outros - palavras que não caracterizavam, especificamente, nenhuma das modalidades descritas acima, como violência social, pobreza.

Em uma das questões [de número seis], para 166 profissionais perguntou-se por que se consideravam aptos ou não a atender ou reconhecer uma situação de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes e, para outros 67 perguntou-se como reconheciam este tipo de violência [o que corresponde aos profissionais do Núcleo Morumbi]. Em relação ao “por que”, foi avaliado o tipo de conhecimento que justificava ou não tal aptidão, através de critérios estabelecidos ao se observar a frequência de elementos presentes nas respostas como conhecimento pessoal - palavras que denominavam atributos pessoais, como “porque sou mãe”, “já sofri violência”, “por ter filhos adolescentes”, “pela forma como fui educada”; conhecimento profissional - palavras que sugeriam conhecimento teórico-prático, como “anos

de experiência”; “pelo trabalho na pastoral da criança” e conhecimento indeterminado - integrou esta categoria respostas em diferentes situações. Quem não se considerou apto (ou em termos) e justificou por palavras que denominavam desconhecimento teórico-prático, tais como “despreparo”, “falta de capacitação”, “falta habilidade”, “temos limitação quanto à legislação”. E, também respostas vagas, indefinidas como “falta de recursos”, “é difícil intervir no meio familiar”. Quem se considerou apto, mas o explicou de forma evasiva, não sendo possível determinar se seria por conhecimento pessoal ou profissional dando, por exemplo, as seguintes repostas: “estou apto, pois tenho recursos, sei como agir”; “estou apto a fazer o primeiro atendimento, posteriormente dependo de uma equipe”.

No “como”, também por meio da frequência de elementos presentes nas respostas, foi avaliado a forma de reconhecimento para tal aptidão, através dos seguintes critérios:

evidências físicas da vítima - palavras que caracterizavam a percepção de dano físico, tais como observar hematomas, marcas, lesões visíveis;

evidências comportamentais da vítima - palavras que caracterizavam a observação do comportamento da criança e do adolescente, como tristeza, timidez, medo, relato da criança, “perto dos pais sente-se coagida”;

comportamento familiar - palavras que caracterizavam a forma de relacionamento da família com a criança e o adolescente, como “jeito da mãe tratar”, “se maltrata na nossa frente”;

outros - “fala do coordenador do centro de formação”, “fala do professor”.

Na análise da justificativa do interesse profissional, foram constituídos três critérios a partir da observação da frequência das respostas referidas, correlação profissional - conjunto de palavras que caracterizavam a relação do tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes com a atuação profissional no PSF e PACS, tais como “é algo que acontece demais aqui na unidade e não estou preparado”, “é importante para o nosso trabalho”, “para clarear no atendimento familiar”; sem correlação profissional - palavras que não explicitavam a relação do tema da violência com a atuação profissional, como “sempre defendi crianças e adolescentes”, “gosto de crianças”, “é interessante”, “por que sou mãe e estou sujeita a estas situações”; indefinido - quando não havia uma definição explícita quanto ao interesse, como “pelo conhecimento deficiente”, “questão de estar se atualizando”, “seria bom aprender um pouco mais”.

Na questão de número oito, em que foram apresentadas três situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, indagou-se qual a conduta dos profissionais e em

caso de denúncia ou notificação qual órgão seria acionado. Para esta última resposta, na tabulação dos dados, considerou-se apenas o primeiro órgão mencionado.

Na questão de número nove, as situações reais atendidas pelos profissionais na atuação junto ao PSF e PACS (Anexo D) foram, primeiramente, descritas através do programa *Word*, sendo excluídas aquelas em que os entrevistados mencionaram conhecimento por terceiros, ou seja, que não atenderam diretamente. Posteriormente, foram classificadas pela pesquisadora a partir das principais modalidades de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes [violência física, psicológica, sexual, negligência e Síndrome de Münchhausen]. Essas mesmas situações foram novamente classificadas por uma segunda pessoa, a qual possui conhecimento teórico-prático sobre o tema analisado. Algumas situações, no entanto, geraram divergências e foram reclassificadas por uma terceira pessoa, também com experiência profissional sobre o tema. Considerou-se a classificação que apareceu mais de uma vez. Dentro da classificação proposta, houve a junção de um ou mais tipos de violência.

As respostas dos diferentes grupos de profissionais foram comparadas entre si, como também as respostas às perguntas que foram diferentes nos dois tipos de questionários.

Os dados foram comparados pelo teste do quiquadrado e, quando necessário, pelo teste exato de *Fisher*, utilizando-se o Epi-Data versão 3.1, e considerados estatisticamente significantes valores de $p < 0,05$.

É importante destacar que o projeto para o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (Anexo E).

4 RESULTADOS

4.1 Características gerais dos profissionais de Saúde da Família (PSF/PACS)

Foram entrevistados 88 (93,6%) dos 94 profissionais de nível superior (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e dentistas), 34 (91,9%) dos 37 técnicos de nível médio (auxiliar de enfermagem e de consultório dentário) e 111 (39,2%) dos 283 ACS. Dos 233 entrevistados (Tabela 1), a maioria era do sexo feminino (187; 80,3%) (Gráfico 1), 167 (71,7%) tinham idade entre 18 e 39 anos, especialmente entre 18 e 29 anos (98; 42,1%) (Tabela 2 e Gráfico 2) e 164 (70,4%) atuavam no PSF e PACS, há mais de um ano (Tabela 3).

Tabela 1- Profissão/ocupação dos entrevistados do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, abril a outubro de 2005.

Profissão/ocupação	N ^o .	%
ACS*	111	47,6
Enfermeiro	37	15,9
Aux. de enf.**	33	14,2
Médico	33	14,2
Psicólogo	11	4,7
Assistente social	6	2,6
Outras***	2	0,9
Total	233	100

Fonte: PSF/PACS da Secretaria Municipal de Saúde.

* ACS: Agente Comunitário de Saúde.

** Aux. de enf.: auxiliar de enfermagem.

*** Outras: um dentista e um auxiliar de consultório dentário.

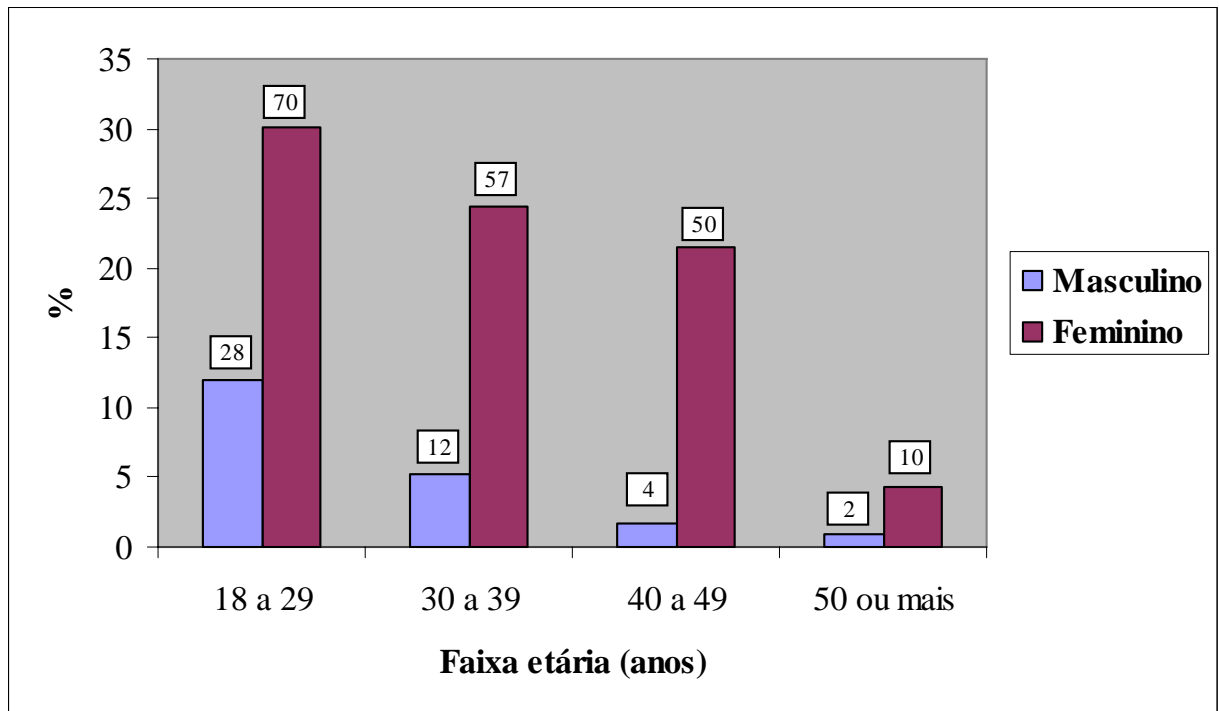


Gráfico 1: Sexo e faixa etária dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, abril a outubro de 2005.

Tabela 2 – Faixa etária e categoria profissional/ocupacional dos entrevistados do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, abril a outubro de 2005.

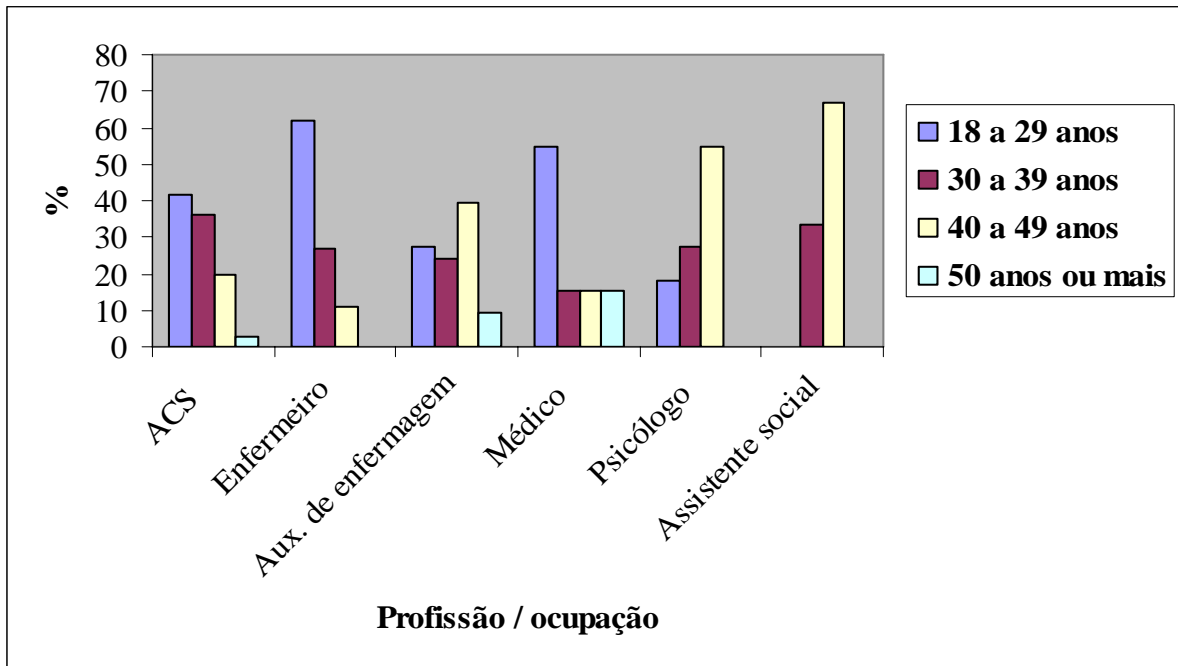
Profissão/ocupação	Faixa etária (anos)								Total	
	18 a 29		30 a 39		40 a 49		50 ou mais		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
ACS*	46	41,4	40	36,1	22	19,8	3	2,7	111	100
Enfermeiro	23	62,2	10	27,0	4	10,8	-	-	37	100
Aux. de enf.**	9	27,3	8	24,2	13	39,4	3	9,1	33	100
Médico	18	54,5	5	15,2	5	15,2	5	15,2	33	100
Psicólogo	2	18,2	3	27,3	6	54,6	-	-	11	100
Assistente social	-	-	2	33,3	4	66,7	-	-	6	100
Outras***	-	-	1	50,0	-	-	1	50,0	2	100
Total	98	42,1	69	29,6	54	23,2	12	5,2	233	100

Fonte: PSF/PACS da Secretaria Municipal de Saúde.

* ACS: Agente Comunitário de Saúde.

** Aux. de enf.: auxiliar de enfermagem.

*** Outras: um dentista com 53 anos e um auxiliar de consultório dentário com 35 anos.



ACS: Agente Comunitário de Saúde.

Aux. de enfermagem: auxiliar de enfermagem.

Gráfico 2: Faixa etária e categoria profissional/ocupacional dos entrevistados do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, abril a outubro de 2005.

Tabela 3 – Categoria profissional/ocupacional e tempo de atuação dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, abril a outubro de 2005.

Profissão/ocupação	Tempo de atuação (meses)								Total	
	0 a 6		7 a 12		13 a 18		19 a 25			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
ACS*	10	9,0	15	13,5	46	41,4	40	36,0	111	100
Enfermeiro	2	5,4	7	18,9	16	43,3	12	32,4	37	100
Aux. de enf.**	3	9,1	8	24,2	10	30,3	12	36,4	33	100
Médico	10	30,3	6	18,2	7	21,2	10	30,3	33	100
Psicólogo	4	36,4	2	18,2	3	27,3	2	18,2	11	100
Assistente social	2	33,3	-	-	1	16,7	3	50,0	6	100
Outras***	-	-	-	-	2	100,0	-	-	2	100
Total	31	13,3	38	16,3	85	36,5	79	33,9	233	100

Fonte: PSF/PACS da Secretaria Municipal de Saúde.

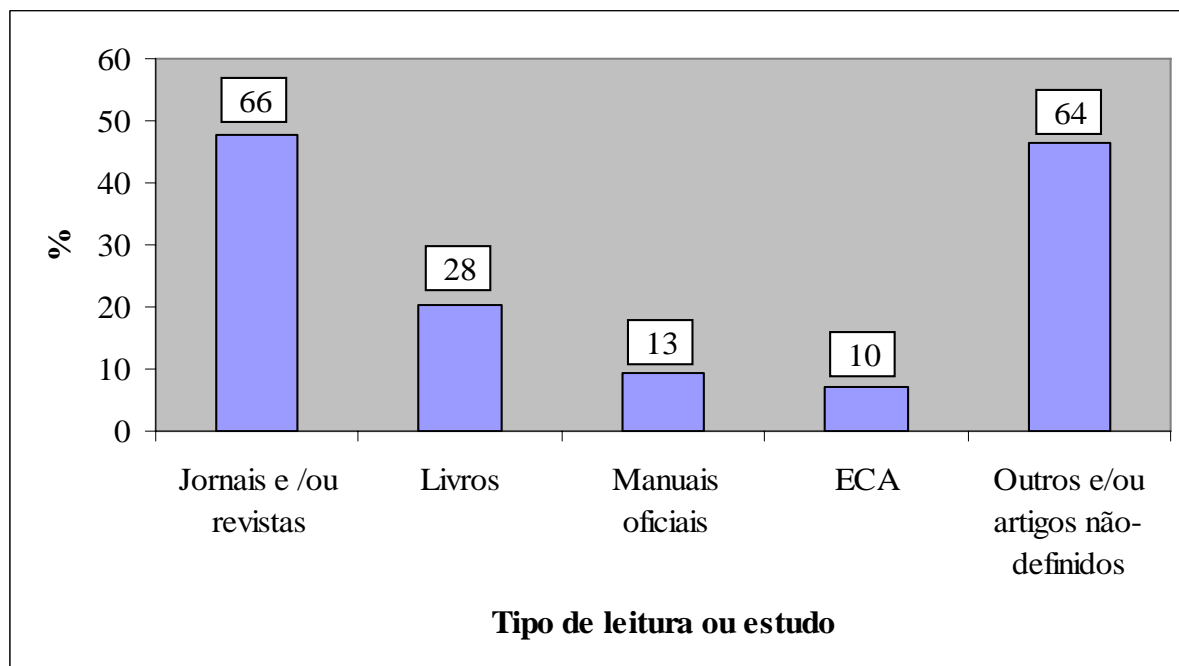
* ACS: Agente Comunitário de Saúde.

** Aux. de enf.: auxiliar de enfermagem.

*** Outras: um dentista que atuava há 18 meses e um auxiliar de consultório dentário há 13 meses.

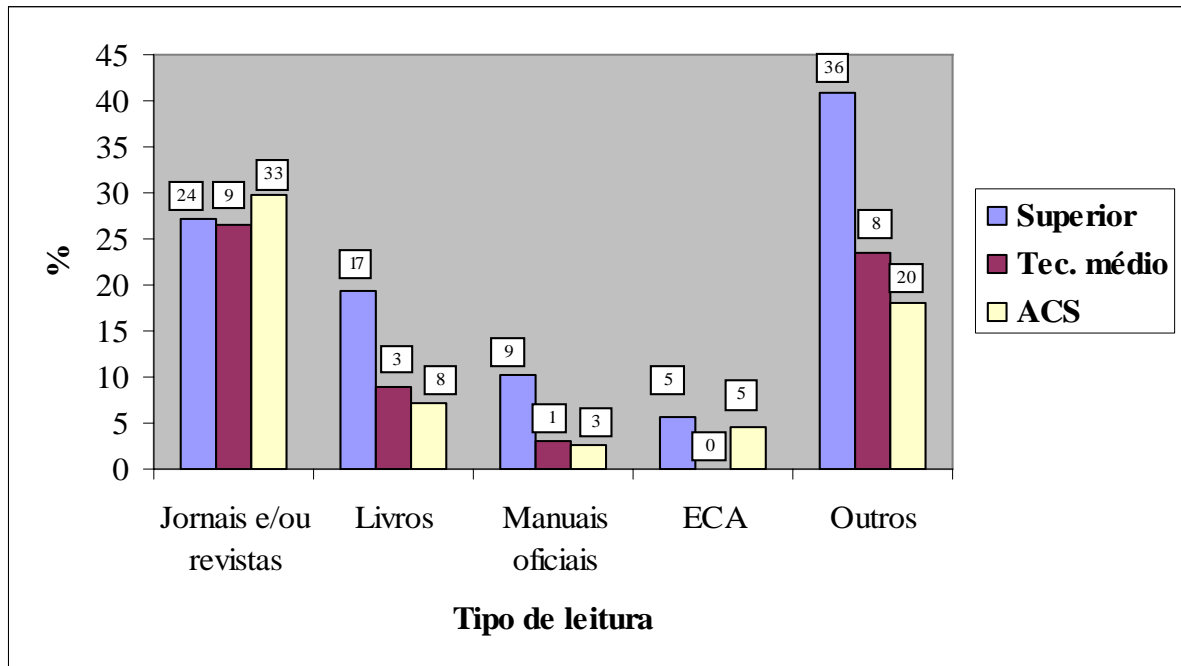
4.2 Conhecimento dos profissionais do PSF e PACS sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes

Cento e trinta e oito (59,2%) profissionais relataram já terem lido ou estudado sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, totalizando 181 menções a leituras. Das quais, 66 (47,8%) foram informais em jornais e revistas e 28 (20,2%) em livros (Gráfico 3). Não foi citado por nenhum dos 34 técnicos de nível médio a leitura do ECA (Gráfico 4). Cada profissional podia referir mais de um tipo de leitura. Cento e quatorze (48,9%) referiram 123 participações em aulas ou palestras. Dessas, 31 foram mencionadas entre os 62 (50%) agentes comunitários de saúde durante capacitação do PSF. Poucos profissionais referiram-se à abordagem do tema na graduação (16; 13%) (Tabela 4 e Gráfico 5). Cada entrevistado podia também citar mais de um contexto.



ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente.

Gráfico 3: Tipo de leitura ou estudo realizado pelos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.



ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente.

Superior: profissionais de nível superior.

Tec. médio: técnicos de nível médio.

ACS: Agente Comunitário de Saúde.

Gráfico 4: Tipo de leitura realizada segundo o grau de instrução e ocupação dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.

Tabela 4 – Contexto de aulas ou palestras sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes segundo profissão/ocupação dos entrevistados do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, abril a outubro de 2005.

Profissão/ocupação	Contexto*											
	**Ens. fund., méd. ou téc.		Graduação		Pós-graduação		Capacitação no PSF		Outros		Total (aulas ou palestras)	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
ACS***	4	6,7	2	3,2	-	-	31	50,0	25	40,3	62	100
Enfermeiro	-	-	5	29,4	-	-	3	17,7	9	52,9	17	100
Aux. de enf.****	5	41,7	1	8,3	-	-	-	-	6	50,0	12	100
Médico	-	-	6	28,6	3	14,3	6	28,6	6	28,6	21	100
Psicólogo	-	-	2	28,6	2	28,6	-	-	3	42,9	7	100
Assistente social	-	-	-	-	-	-	1	50,0	1	50,0	2	100
Outras*****	-	-	-	-	-	-	1	50,0	1	50,0	2	100
Total	9	7,3	16	13,0	5	4,1	42	34,1	51	41,5	123	100

Fonte: PSF/PACS da Secretaria municipal de Saúde.

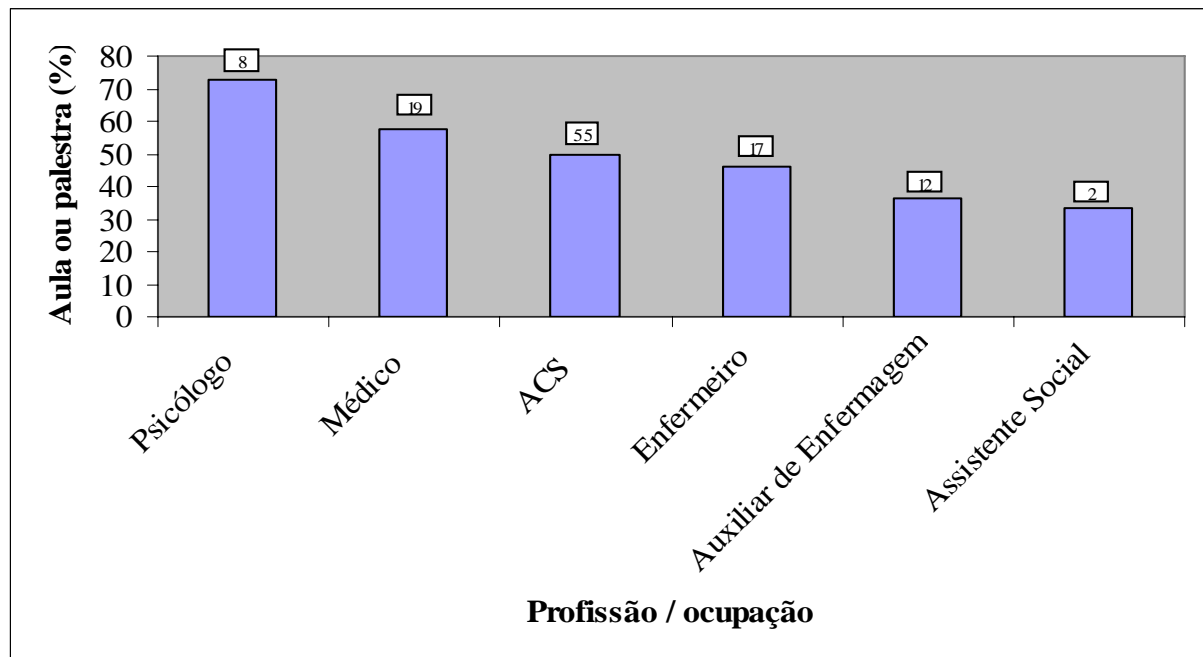
*Cada profissional podia referir mais de um contexto.

**Ens. fund., méd. ou téc.: ensino fundamental, médio ou técnico.

***ACS: Agente Comunitário de Saúde.

****Aux. de enf.: auxiliar de enfermagem.

*****Outras: um dentista relatou aula ou palestra na capacitação do PSF e em outros contextos.



ACS: Agente Comunitário de Saúde.

Gráfico 5: Participação dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, em aula ou palestra sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.

4.3 “Conceitos” e tipos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, segundo os profissionais do PSF e PACS

Na definição de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes mencionada espontaneamente pelos profissionais entrevistados, atos explícitos tais como desrespeito e agressão foram facilmente incluídos (193; 82,8%), enquanto a omissão foi pouco considerada (30; 12,8%), nos conteúdos referidos mais de um termo podia ser contabilizado. Os pais foram citados como principais agentes da violência (89; 38,2%) (Gráfico 6). E, os tipos de violência mais identificados foram a física (215; 92,2%) e a psicológica (163; 69,9%) (Gráfico 7).

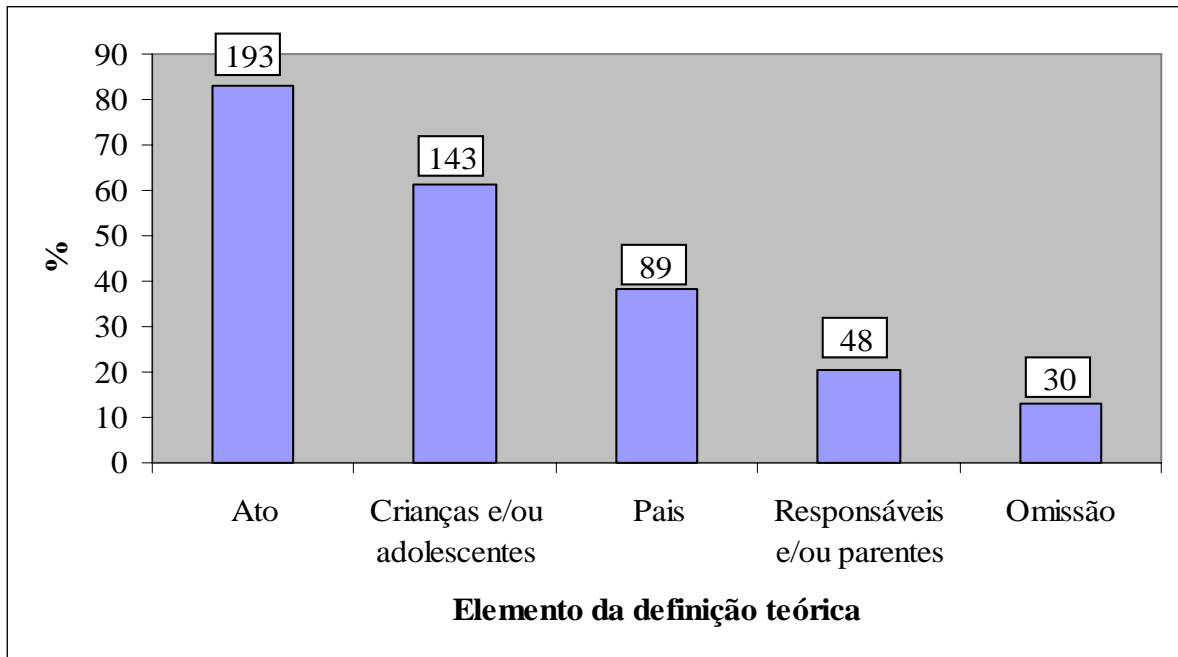


Gráfico 6: Elementos da definição teórica utilizados pelos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, para conceituar a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.

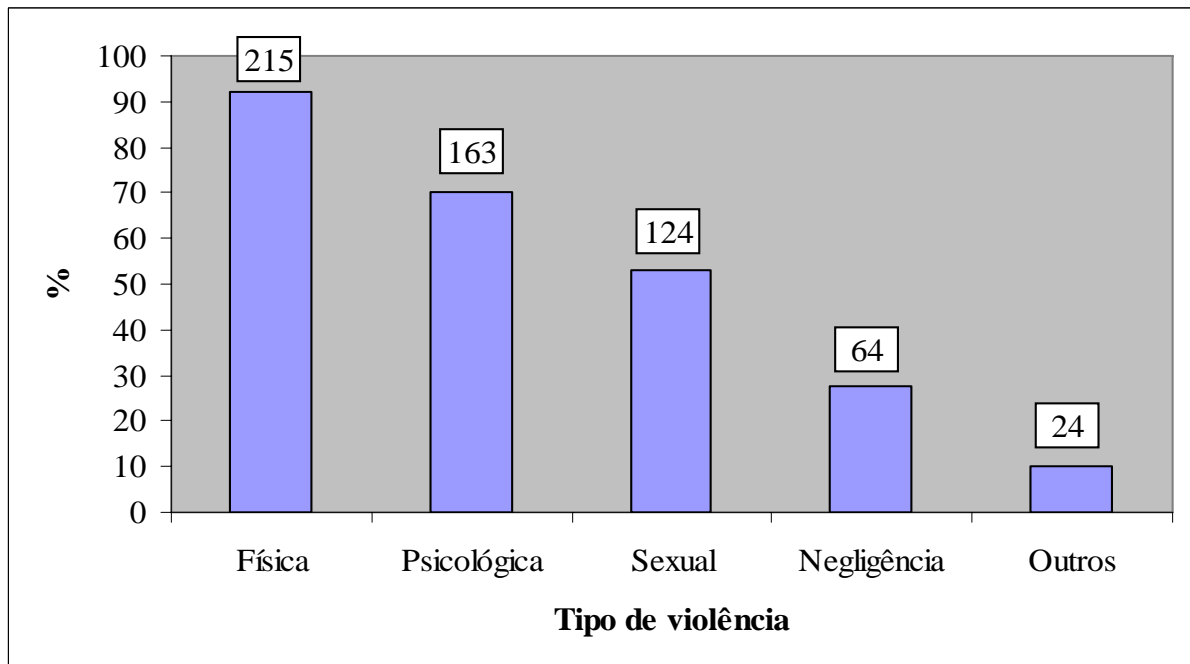


Gráfico 7: Tipos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes referidos espontaneamente pelos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, abril a outubro de 2005.

4.4 Aptidão dos profissionais para reconhecer a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes durante a atuação no PSF e PACS

Do total de profissionais avaliados, um número expressivo se considerou apto a atender ou reconhecer situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes (106; 45,4%) (Gráfico 8). Desses, 79 (74,5%) foram questionados por que possuíam tal aptidão, sendo o conhecimento pessoal o motivo mais citado (71; 89,9%) (Gráfico 9). Os demais entrevistados (27; 25,5%) foram indagados sobre como reconheciam tais situações; as evidências físicas (14;51,9%) e o comportamento da família (14; 51,9%) foram as formas de reconhecimento mais citadas (Gráfico 10).

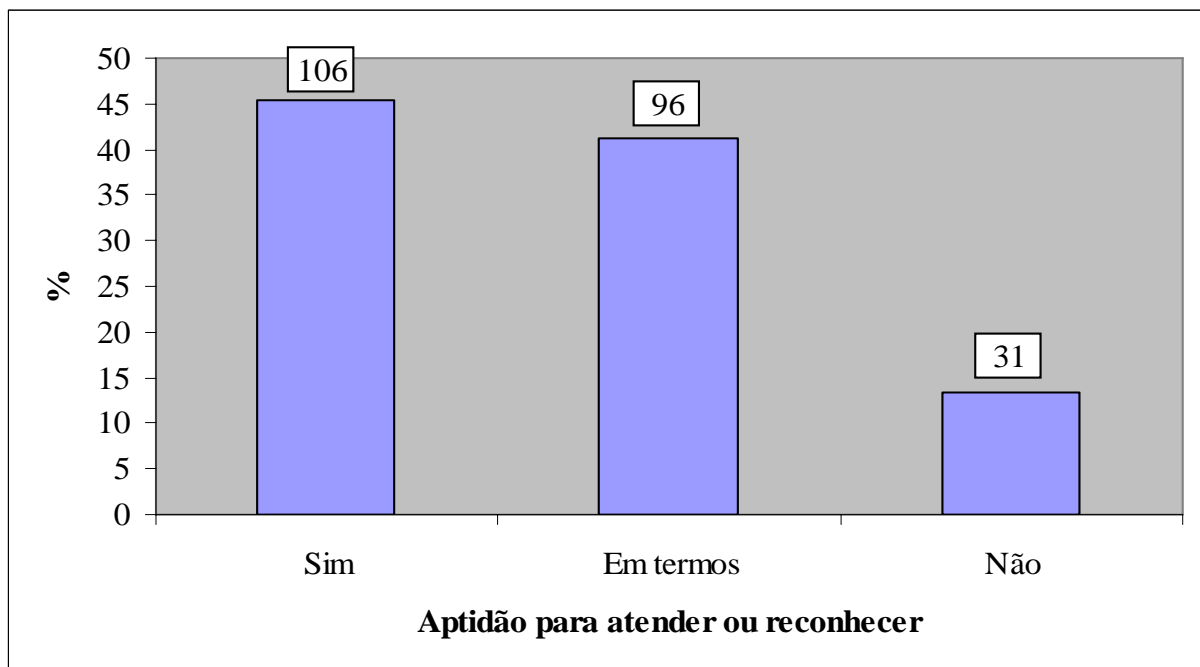


Gráfico 8: Aptidão dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, para o atendimento ou reconhecimento de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.

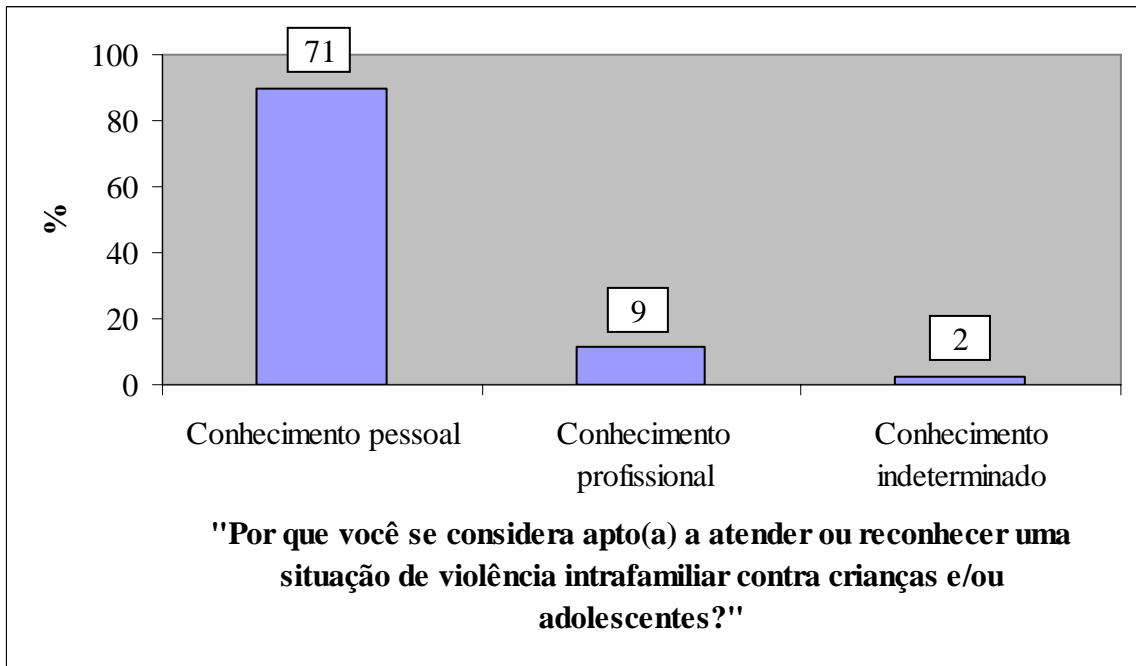


Gráfico 9: Justificativa dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia sobre "por que você se considera apto(a) a atender ou reconhecer uma situação de violência intrafamiliar contra crianças e/ou adolescentes?", abril a outubro de 2005.

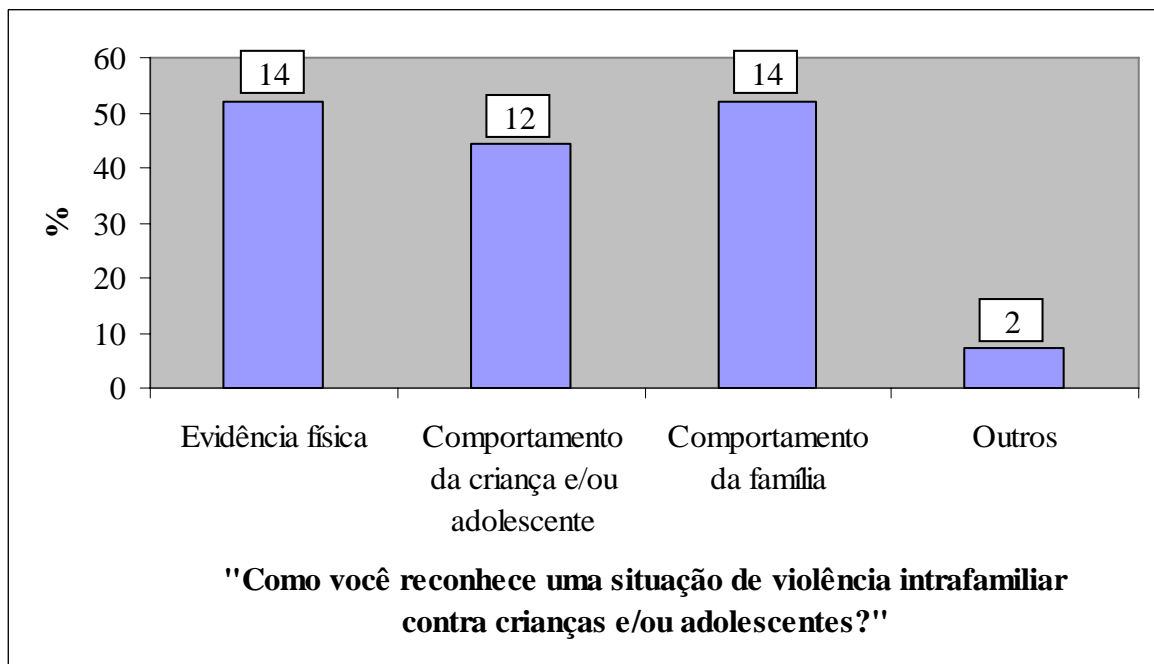


Gráfico 10: Justificativa dos profissionais do Programa Saúde da Família de Uberlândia sobre "como você reconhece uma situação de violência intrafamiliar contra crianças e/ou adolescentes?", abril a outubro de 2005.

4.5 Identificação, procedimentos e atendimento de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelos profissionais do PSF e PACS

Foram apresentadas aos entrevistados, inicialmente, quatorze situações, das quais nove [nº 1, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12 e 13] representavam diretamente casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. O caso mais reconhecido (222; 95,3%) como violência foi o do “pai que assiste a filme pornográfico na companhia da filha de 6 anos” (violência sexual), enquanto “criança de 3 anos que foi atropelada em frente à sua residência” (negligência) foi a menos identificada em relação às outras situações (134; 57,5%) (Quadro 1).

Quadro 1: Respostas das avaliações dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, sobre situações de violência contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.

Situações apresentadas*	Sim		Provavelmente sim		Pode ser		Não		Total	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
1	200	85,8	11	4,7	14	6,0	8	3,4	233	100
2	22	9,4	20	8,6	82	35,2	109	46,8	233	100
3	146	62,7	26	11,2	54	23,2	7	3,0	233	100
4	222	95,3	2	0,9	7	3,0	2	0,9	233	100
5	38	16,3	33	14,2	128	54,9	34	14,6	233	100
6	176	75,5	12	5,2	29	12,4	16	6,9	233	100
7	62	26,6	13	5,6	31	13,3	127	54,5	233	100
8	191	82,0	10	4,3	15	6,4	17	7,3	233	100
9	173	74,2	31	13,3	28	12,0	1	0,4	233	100
10	178	76,4	24	10,3	22	9,4	9	3,9	233	100
11	21	9,0	20	8,6	84	36,1	108	46,4	233	100
12	55	23,6	11	4,7	33	14,2	134	57,5	233	100
13	177	76,3	9	3,9	19	8,2	27	11,6	233	100
14	91	39,1	9	3,9	37	15,9	96	41,2	233	100

Fonte: PSF/PACS da Secretaria Municipal de Saúde.

*Situações apresentadas:

- 1 – “mãe solteira, em troca de auxílio financeiro, autoriza a filha de 15 anos a residir, desde os 8 anos, com um homem então com 60 anos, divorciado. A adolescente, no momento do atendimento psicológico, referiu desejar viver com a mãe”.
- 2 – “adolescente de 17 anos com vida sexual ativa e suspeita de gravidez”.
- 3 – “criança de 2 anos apresenta-se para consulta, levada pela tia, com fraturas de ossos longos em várias fases de evolução”.
- 4 – “pai assiste filme pornográfico na companhia da filha de 6 anos”.
- 5 – “criança de 10 anos que tem dificuldade de aprendizagem e/ou de relacionamento na escola”.
- 6 – “durante a anamnese, a mãe se refere ao filho de 9 anos, na sua presença: ele é igual ao pai, não aprende nada, nunca vai aprender, e é por isso que já está repetindo a mesma série pela terceira vez”.
- 7 – “criança de 8 anos, que tem por hábito furtar objetos dos colegas da escola. Em casa, quando questionado, frequentemente omite o fato dizendo ter encontrado os mesmos no caminho. O pai lhe impõe, como castigo, duas semanas sem sair de casa para brincar”.

8 – “durante a consulta, o pai diz ao filho, de 10 anos: você é o grande culpado pelas brigas que tenho com sua mãe”.

9 – “criança, de 9 anos, com múltiplas cicatrizes lineares nas costas e nas nádegas e lesões semelhantes, com o mesmo formato, dolorosas e avermelhadas”.

10 – “criança de 4 anos, cuidada pelo padrasto enquanto a mãe trabalha, tem por costume masturbar-se, solicitar aos adultos estimulação sexual e, durante as brincadeiras introduzir objetos no próprio ânus”.

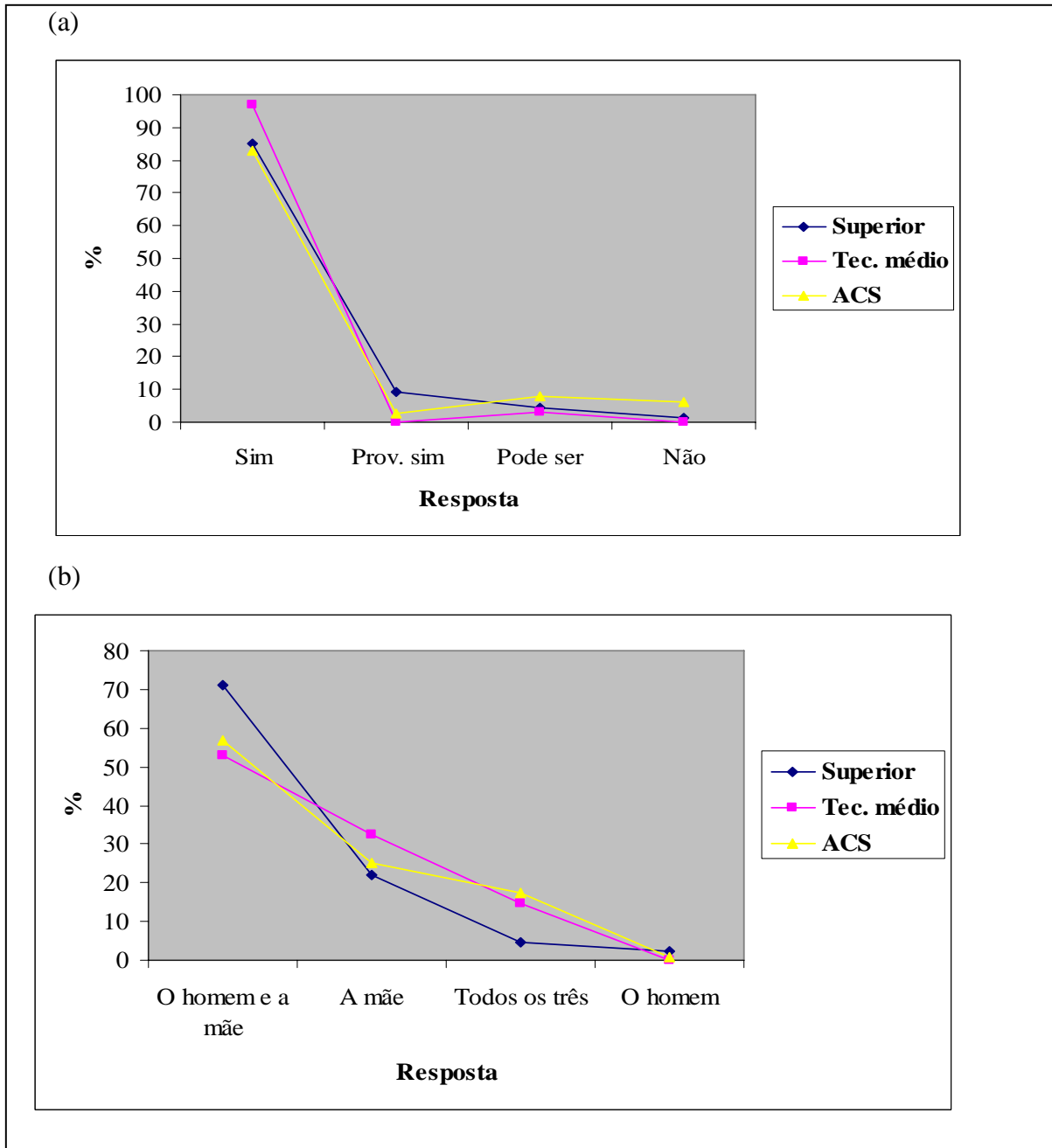
11 – “adolescente de 16 anos é encaminhada, pelos pais, ao serviço de Saúde Mental por apresentar insônia, alucinações e confusão mental”.

12 – “criança de 3 anos que foi atropelada em frente à sua residência”.

13 – “freqüentemente, durante a noite, a mãe deixa seus dois filhos menores de 2 e 3 anos, em casa, dormindo sozinhos”.

14 – “mãe coloca esparadrapo, durante o período noturno, no dedo da filha de 6 anos para que ela não o chupe”.

Na situação nº 1, não referida por alguns profissionais como violência (8; 3,4%) (Gráfico 11a), foi perguntado para os demais que a consideraram, quem teria praticado tal ato, 27 (11,6%) atribuíram à mãe, ao homem e à criança (Gráfico 11b).



Superior: profissionais de nível superior; tec. médio: técnico de nível médio; ACS: Agente Comunitário de Saúde; prov. sim: provavelmente sim.

Gráficos 11a, b: Distribuição dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia sobre a situação 1: “mãe solteira, em troca de auxílio financeiro, autoriza a filha de 15 anos a residir, desde os 8 anos, com um homem então com 60 anos, divorciado. A adolescente, no momento do atendimento psicológico, referiu desejar viver com a mãe”, caracterizada ou não como violência (a) e a responsabilização pela situação (b).

Foram também avaliadas as respostas dos profissionais quanto à denúncia [questionário A] ou à notificação [questionário B], para três outras situações hipotéticas de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Ao se comparar as respostas dos diferentes questionários [A e B], foi observado que, no A [denúncia], a situação nº 2 “padrasto alcoolista abusa sexualmente de sua enteada, uma adolescente de 16 anos que apresenta deficiência mental. Agride também fisicamente os filhos, de 7 e 9 anos, obrigando-os a ir ao bar comprar bebida alcoólica” seria objeto de denúncia por 91,3% (105) dos entrevistados, enquanto na situação nº 1 “menino de 4 anos sob a guarda do pai que trabalha a maior parte do dia, e não tem tempo para lhe dar atenção. Fica sob os cuidados da madrasta que, durante sua visita ao domicílio, você a observa repreendê-lo verbalmente e severamente, obrigando-o a chamá-la de mãe”, a maioria (75; 65,2%) tomaria outra conduta (Tabela 5). No questionário B [notificação], a segunda situação seria objeto de notificação pela maioria dos profissionais (105; 89%) e, na situação nº 1, sugerem também outra conduta (69; 58,5%) (Tabela 6). Em nenhuma das situações avaliadas houve diferenças significantes entre as respostas, quando se utilizou os termos notificação ou denúncia ($p > 0,05$).

Ao se avaliar, conjuntamente, a situação nº 2 [citada acima] seria a mais notificada (210; 90,1%) (Gráfico 12), enquanto a situação nº 1 seria para a maioria objeto de tentativa individual de resolução (90; 62,9%) (Gráfico 13).

Dos 115 profissionais que responderam ao questionário tipo A [denúncia], 67 (58,2%) disseram ter atendido casos reais de violência contra crianças e adolescentes, sendo poucos (16; 13,9%) os que afirmaram ter denunciado todos os casos (Gráfico 14). E dos 118 que responderam ao questionário tipo B [notificação], 75 (63,5) disseram também ter atendido a esses casos, mas 44% (52) afirmaram não ter notificado nenhum (Gráfico 15).

Tabela 5 – Conduta quanto à denúncia pelos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, diante de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, segundo o questionário A (denúncia), abril a outubro 2005.

Denúncia	Situações apresentadas*					
	1		2		3	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Sim	30	26,1	105	91,3	94	81,7
Não	10	8,7	1	0,9	3	2,6
Outra opção	75	65,2	9	7,8	18	15,7
Total	115	100	115	100	115	100

Fonte: PSF/PACS da Secretaria Municipal de Saúde.

*Situações apresentadas:

1 - “menino de 4 anos sob a guarda do pai que trabalha a maior parte do dia, e não tem tempo para lhe dar atenção. Fica sob os cuidados da madrasta que, durante sua visita ao domicílio, você a observa repreendê-lo verbalmente e severamente, obrigando-o a chamá-la de mãe.”

2 - “padrasto alcoolista abusa sexualmente de sua enteada, uma adolescente de 16 anos que apresenta deficiência mental. Agride também fisicamente os filhos, de 7 e 9 anos, obrigando-os a ir ao bar comprar bebida alcoólica.”

3 - “o próprio pai, viciado em drogas e pertencente a uma quadrilha de traficantes, abusa sexualmente de suas filhas de 14 e 15 anos”.

Tabela 6 – Conduta quanto à notificação pelos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, diante de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, segundo o questionário B (notificação), abril a outubro de 2005.

Notificação	Situações apresentadas*					
	1		2		3	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Sim	43	36,4	105	89,0	98	83,1
Não	6	5,1	1	0,85	3	2,5
Outra opção	69	58,5	12	10,2	17	14,4
Total	118	100	118	100	118	100

Fonte: PSF/PACS da Secretaria Municipal de Saúde.

*Situações apresentadas:

1 - “menino de 4 anos sob a guarda do pai que trabalha a maior parte do dia, e não tem tempo para lhe dar atenção. Fica sob os cuidados da madrasta que, durante sua visita ao domicílio, você a observa repreendê-lo verbalmente e severamente, obrigando-o a chamá-la de mãe.”

2 - “padrasto alcoolista abusa sexualmente de sua enteada, uma adolescente de 16 anos que apresenta deficiência mental. Agride também fisicamente os filhos, de 7 e 9 anos, obrigando-os a ir ao bar comprar bebida alcoólica.”

3 - “o próprio pai, viciado em drogas e pertencente a uma quadrilha de traficantes, abusa sexualmente de suas filhas de 14 e 15 anos”.

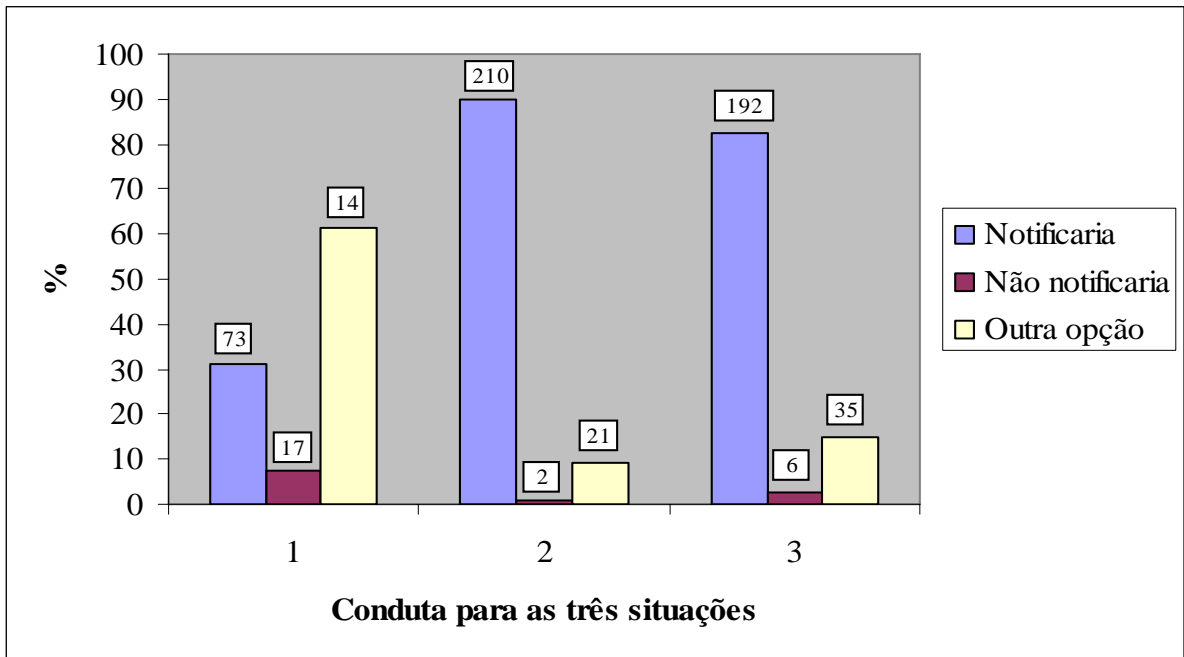


Gráfico 12: Conduta dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, diante de três situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.

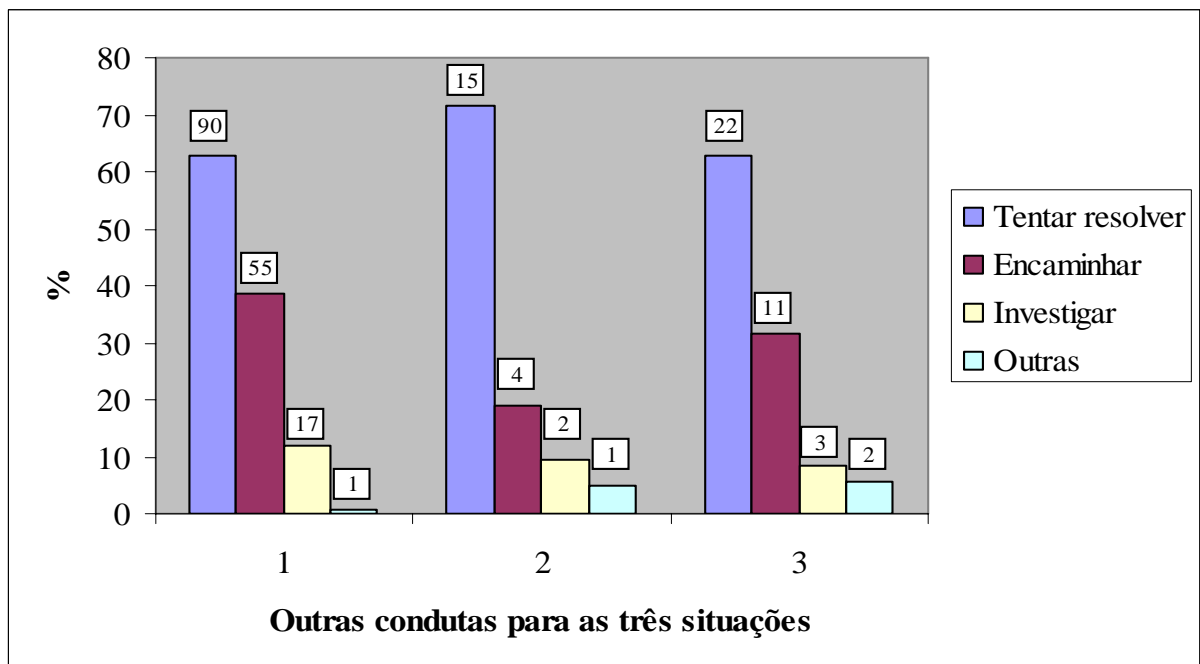


Gráfico 13: Outras condutas dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, diante de três situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.

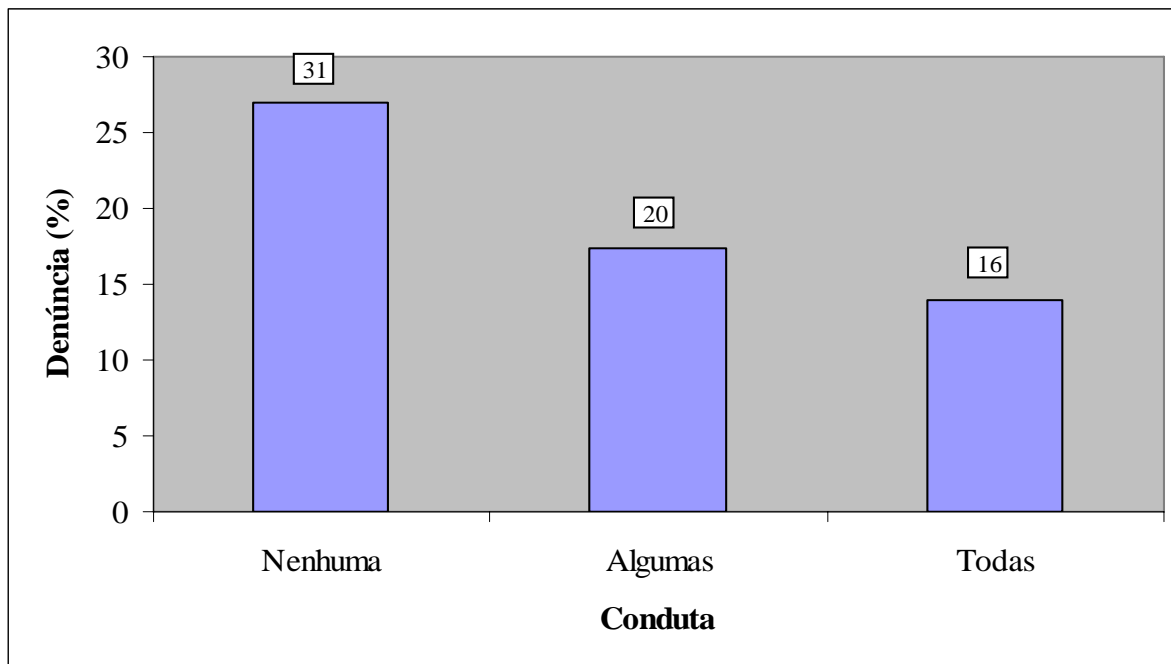


Gráfico 14: Conduta quanto à denúncia pelos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, diante de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, segundo o questionário A (denúncia), abril a outubro de 2005.

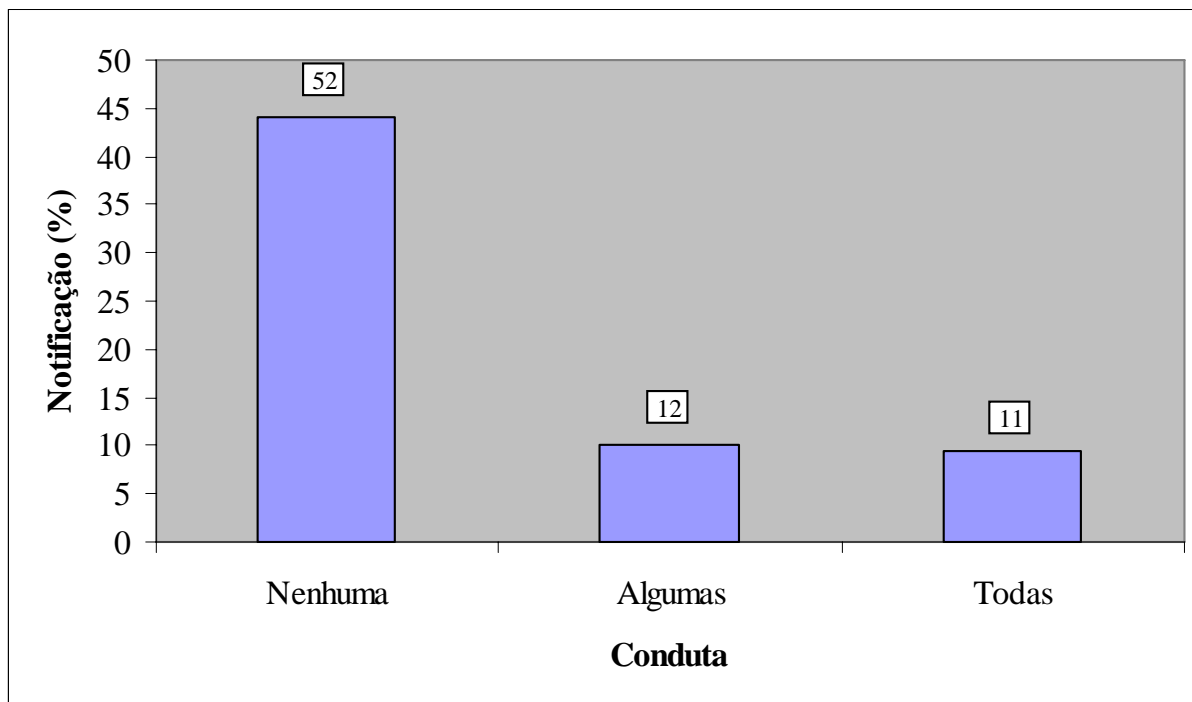


Gráfico 15: Conduta quanto à notificação pelos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, diante de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, segundo o questionário B (notificação), abril a outubro de 2005.

Ao se avaliar as respostas dos profissionais entrevistados, nas três situações apresentadas, tanto para o questionário A [denúncia] quanto para o questionário B [notificação], o CT foi o órgão mais citado para uma possível denúncia (situação 1: 16; 53,3% / situação 2: 52; 49,5% / situação 3: 38; 40,4%) (Quadro 2a) ou notificação (situação 1: 20; 46,5%; situação 2: 56; 53,3% e situação 3: 45; 45,9%) (Quadro 2b).

Quadro 2 – Órgãos para os quais os profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia denunciariam (a) ou notificariam (b) situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.

(a) Denunciaria						
Órgão	Situações apresentadas**					
	1		2		3	
	Nº.	%*	Nº.	%*	Nº.	%*
Conselho Tutelar	16	53,3	52	49,5	38	40,4
CRIAV	-	-	-	-	-	-
Delegacia Adjunta da Infância e Adolescência	-	-	-	-	-	-
Ministério Público	-	-	-	-	1	1,1
Polícia Militar	1	3,3	18	17,1	25	26,6
Secretaria da Saúde	-	-	1	1,0	1	1,1
Serviço de Assistência Social	1	3,3	5	4,8	5	5,3
SOS Criança	-	-	2	1,9	1	1,1
Vara da Infância e Juventude	2	6,7	3	2,9	1	1,1
Outro	6	20,0	7	6,7	8	8,5
Não sei	4	13,3	17	16,2	14	14,9
Total	30	100	105	100	94	100
(b) Notificaria						
Conselho Tutelar	20	46,5	56	53,3	45	45,9
CRIAV	-	-	1	1,0	1	1,0
Delegacia Adjunta da Infância e Adolescência	1	2,3	1	1,0	1	1,0
Ministério Público	-	-	-	-	-	-
Polícia Militar	-	-	8	7,6	19	19,4
Secretaria da Saúde	-	-	-	-	-	-
Serviço de Assistência Social	5	11,6	5	4,8	1	1,0
SOS Criança	-	-	3	2,9	1	1,0
Vara da Infância e Juventude	-	-	2	1,9	2	2,0
Outro	9	20,9	13	12,4	13	13,3
Não sei	8	18,6	16	15,2	15	15,3
Total	43	100	105	100	98	100

Fonte: PSF/PACS da Secretaria Municipal de Saúde.

* A porcentagem foi calculada sobre o total de cada coluna.

** Situações apresentadas:

1 - “menino de 4 anos sob a guarda do pai que trabalha a maior parte do dia, e não tem tempo para lhe dar atenção. Fica sob os cuidados da madrasta que, durante sua visita ao domicílio, você a observa repreendê-lo verbalmente e severamente, obrigando-o a chamá-la de mãe.”

2 - “padrasto alcoolista abusa sexualmente de sua enteada, uma adolescente de 16 anos que apresenta deficiência mental. Agride também fisicamente os filhos, de 7 e 9 anos, obrigando-os a ir ao bar comprar bebida alcoólica.”

3 - “o próprio pai, viciado em drogas e pertencente a uma quadrilha de traficantes, abusa sexualmente de suas filhas de 14 e 15 anos”.

Cento e quarenta e dois (60,9%) profissionais informaram ter atendido ou conhecido situações reais de violência contra crianças e adolescentes, durante atuação no PSF e PACS (Anexo D). E desses, a maioria (83; 58,4%) não notificou ou denunciou nenhum caso (Gráficos 16 e 17). Dentre os entrevistados, o medo de represália (71; 30,4%) (Gráfico 18) foi citado como motivo preponderante para a não-notificação das situações de violência. Nos casos atendidos, os tipos mais citados foram a negligência (39; 27,5) e a violência física concomitante com a psicológica (36; 25,4) (Tabela 7).

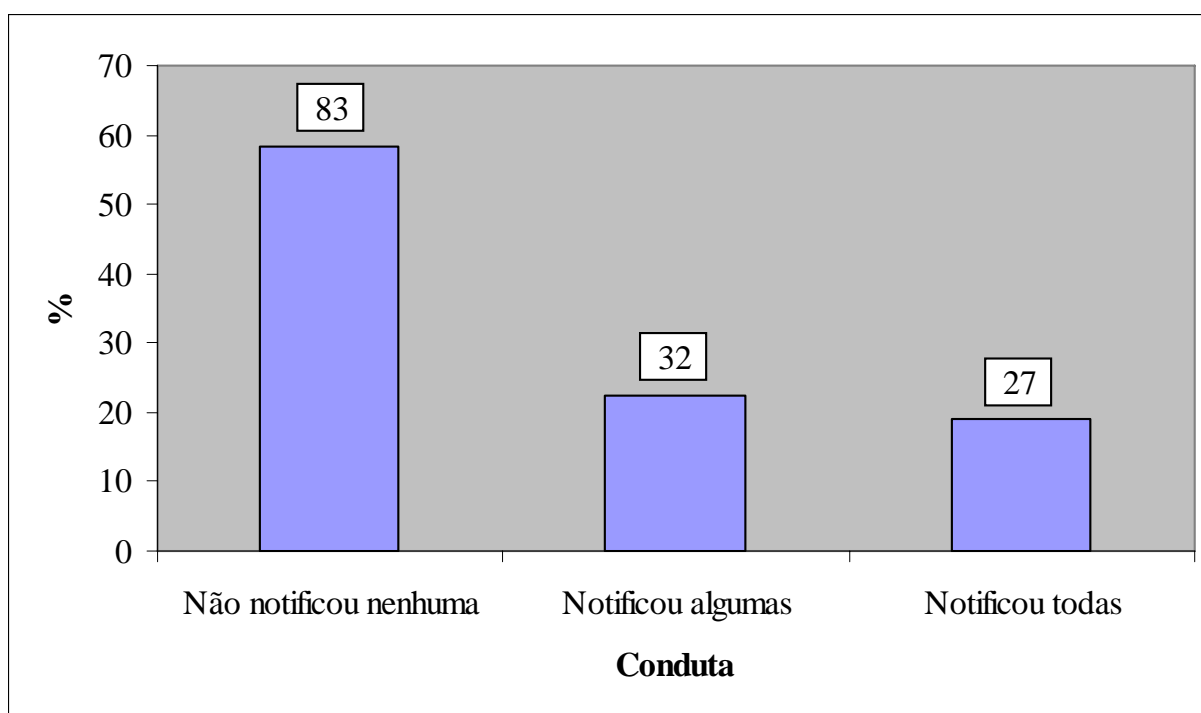
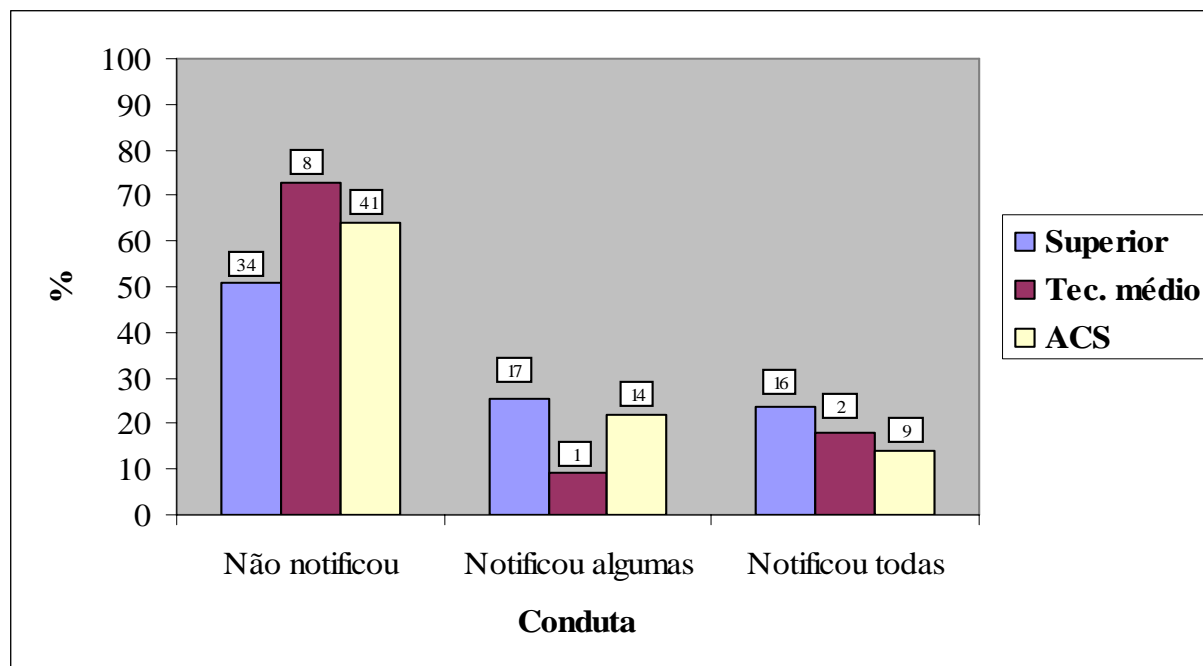


Gráfico 16: Conduta dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, diante do atendimento de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.



Superior: profissional de nível superior.

Tec. médio: técnico de nível médio.

ACS: Agente Comunitário de Saúde.

Gráfico 17: Conduta e categoria profissional/ocupacional dos entrevistados do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, diante de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.

Tabela 7 – Casos reais atendidos pelos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia durante a atuação, abril a outubro de 2005.

Tipos de violência	Casos atendidos*	
	Nº.	%**
Negligência	39	27,5
Física e psicológica	36	25,4
Física	31	21,8
Sexual	31	21,8
Psicológica	28	19,7
Psicológica e sexual	21	14,8
Psicológica e negligência	14	9,9
Física e negligência	7	4,9
Física, psicológica e negligência	5	3,5
Sexual e negligência	4	2,8
Síndrome de Münchausen	2	1,4
Psicológica, sexual e negligência	2	1,4
Física e sexual	1	0,7
Negligência e Síndrome de Münchausen	1	0,7
Física, sexual e negligência	1	0,7

Fonte: PSF/PACS da Secretaria Municipal de Saúde.

* As situações atendidas revelam conteúdos com nível de gravidade e atingem crianças muito pequenas (Anexo D).

** A porcentagem foi calculada sobre o total de profissionais que relataram o atendimento de casos reais (142).

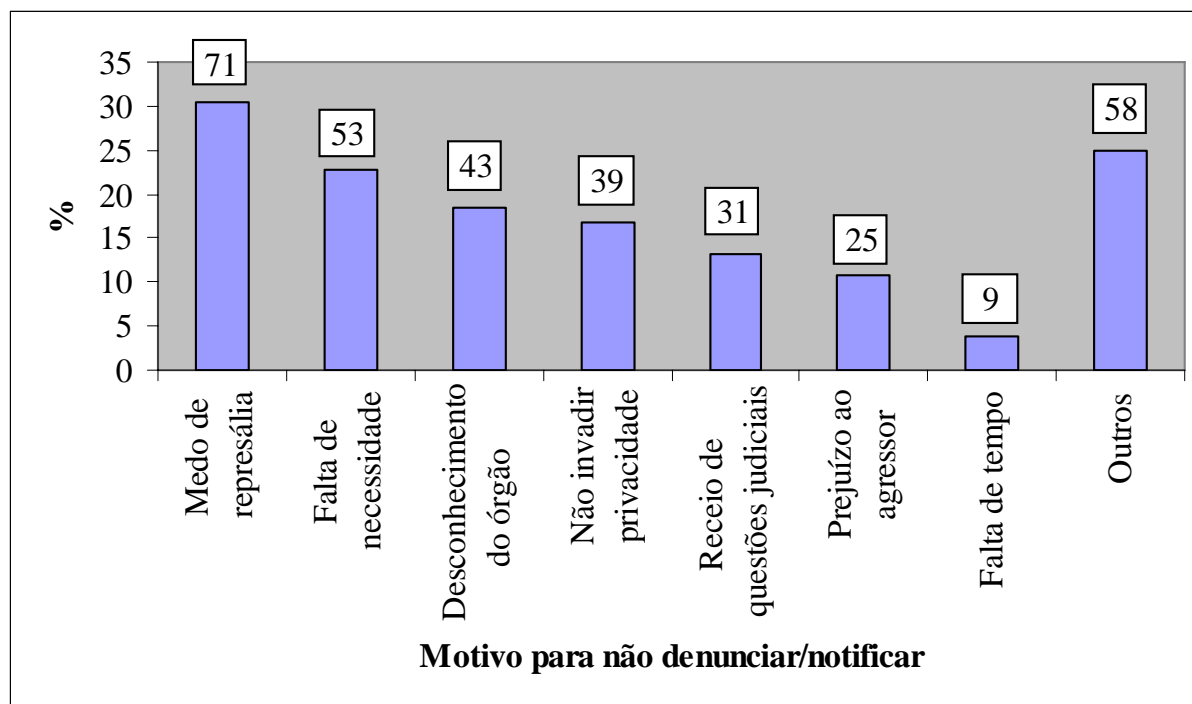
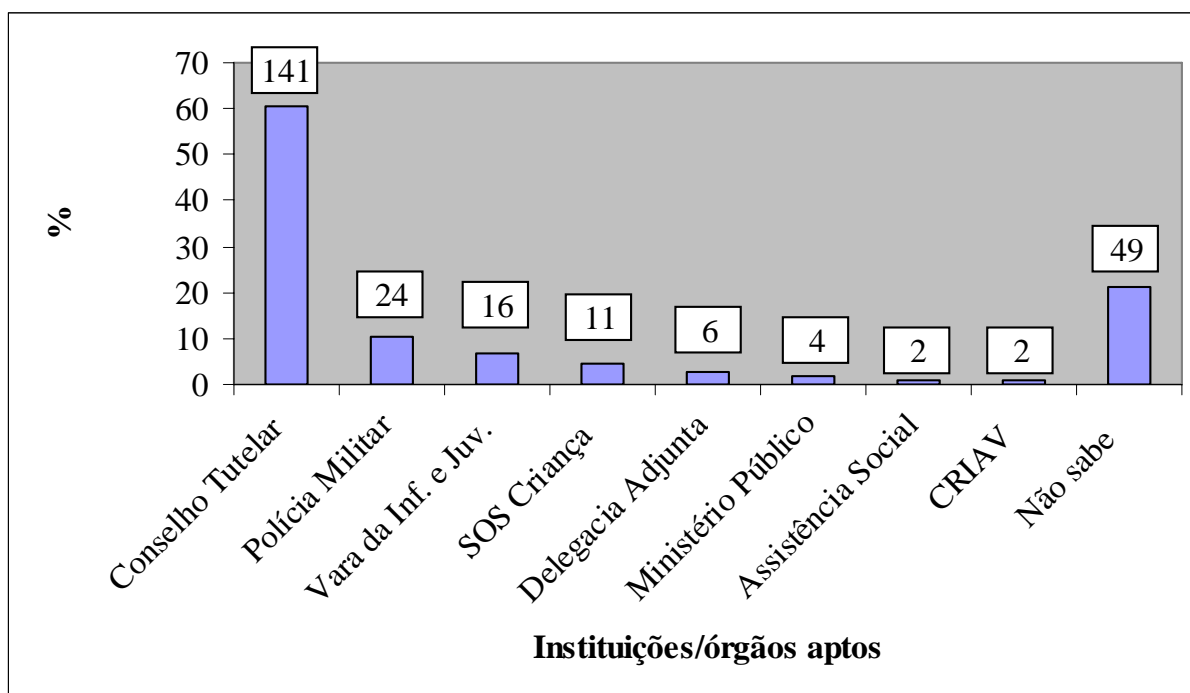


Gráfico 18: Motivos pelos quais os profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia não faziam a denúncia/notificação, abril a outubro de 2005.

4.6 Opinião dos profissionais do PSF e PACS sobre o órgão adequado para a realização da notificação

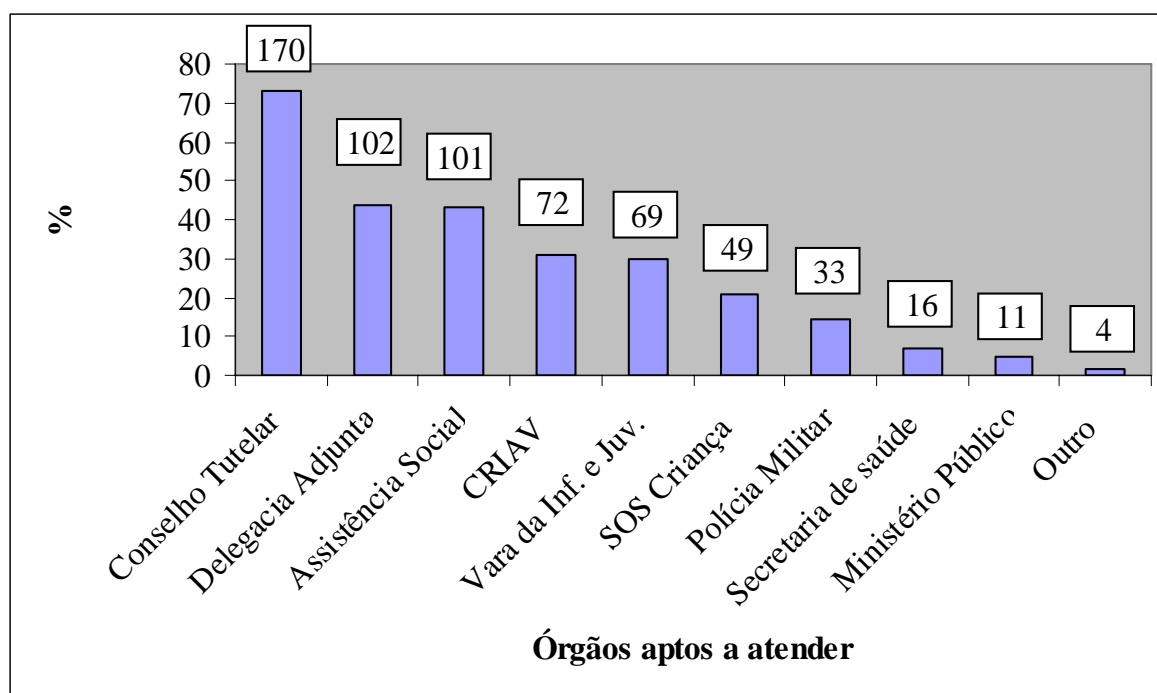
Cento e quarenta e um (60,5%) entrevistados se referiram ao CT como o órgão adequado para a notificação de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes (Gráfico 19). Cada profissional podia escolher mais de um órgão. Para a situação na qual “um homem com então 50 anos, separado da esposa, pede a sua sobrinha, adolescente de 14 anos, para lhe auxiliar nas tarefas domésticas. A adolescente passa a freqüentar diariamente a sua residência recebendo semanalmente o valor de trinta reais. Certa ocasião, a mesma aparece grávida”, o CT foi também considerado o mais apto a atender e dar soluções (170; 73%) (Gráfico 20).



Vara da Inf. e Juv.: Vara da infância e da juventude.

CRIAV: Centro de Referência à Infância e Adolescência Vitimizada.

Gráfico 19: Instituições/órgãos considerados aptos, pelos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, a atender situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.



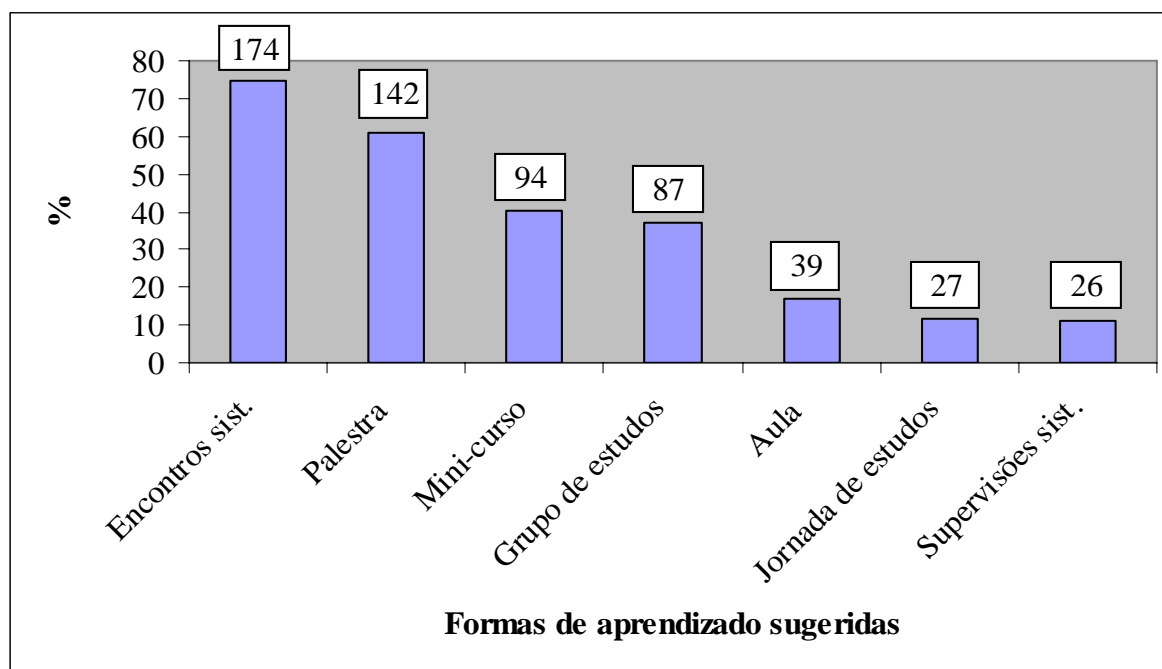
Vara da Inf. e Juv.: Vara da infância e da juventude.

CRIAV: Centro de Referência à Infância e Adolescência Vitimizada.

Gráfico 20: Opiniões dos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, sobre os órgãos aptos a atender uma situação de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.

4.7 Leituras oficiais e interesse dos profissionais do PSF e PACS em obter conhecimento sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes

Cento e dezoito (50,6%) profissionais relataram ter lido o Estatuto da Criança e do Adolescente e 193 (82,8%) não conheciam a Portaria 1.968 do Ministério da Saúde, referente à notificação compulsória. Dentre os entrevistados, 99% manifestaram interesse em obter informações sobre o tema analisado, sendo que 66% afirmaram explícito motivo profissional. A maioria (174; 74,7%) assinalou os encontros sistematizados e palestras (142; 60,9%), prioritariamente, como as melhores formas de obtenção do conhecimento sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes (Gráfico 21). Cada profissional podia assinalar mais de uma forma de se obter conhecimento.



Encontros sist.: encontros sistematizados com profissionais especializados.
Supervisões sist.: supervisões sistematizadas.

Gráfico 21: Formas de aprendizado indicadas pelos profissionais do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Uberlândia, na obtenção de conhecimento sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, abril a outubro de 2005.

5 DISCUSSÃO

5.1 Características gerais dos profissionais de Saúde da Família (PSF/PACS)

5.1.1 Composição das equipes

A predominância de equipes mínimas, observada no presente estudo, foi também mencionada por outros autores ao estudarem a composição das equipes no Programa Saúde da Família (BRASIL, 2004; ESCOREL, 2002).

Em Uberlândia, percebe-se a ausência de importantes categorias profissionais nas ESF bem como de equidade entre as já existentes, com um número maior de enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, ou seja, profissionais com formação biomédica e, agentes comunitários que representam o saber popular, segundo o MS (2006a). É pouco presente a inclusão de outras especialidades e saberes como o da psicologia, do serviço social e da odontologia, com número reduzido destes profissionais abrangendo poucas equipes. No município, 92% das ESF estão estruturadas com o número mínimo de profissionais [um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de cinco a seis agentes comunitários de saúde], o que permite pensar que o programa segue o modelo de 1994 de implantação do PSF.

O presente estudo encontrou semelhanças com os dados referidos por Escorel (2002), que ao estudar o PSF em dez grandes centros urbanos, observou que a maioria dos municípios contava com profissionais de saúde bucal, porém, apenas dois acrescentavam o apoio de outros especialistas como o psicólogo e o assistente social.

Um estudo de caráter censitário realizado em 3.778 (67,9%) municípios brasileiros, no período de 2001 a 2002, revelou que mais de 90% das equipes de PSF em todo o país apresentam a composição mínima de profissionais; 94,1% tinham um médico, 95,3% um enfermeiro, 98,3% pelo menos um auxiliar de enfermagem e 94,7% contavam com quatro ou mais ACS. Diferentemente do presente estudo, o odontólogo fazia parte das equipes em 97,2%. Em 15 unidades da federação, 5% ou mais das equipes funcionavam sem a presença do médico e sem a presença do enfermeiro foram encontrados no Norte, 12,5% em Rondônia, 6% no Acre e 5,6% no Pará, no Nordeste, 11,3% em Alagoas e 5,3% na Bahia, no Sudeste, 6,9% no Espírito Santo, no Sul, 6,8% no Paraná; no Centro-Oeste, 7,4% em Goiás e 6,6% no Mato Grosso do Sul. Das equipes investigadas, 1,7% não tinham auxiliares de enfermagem e apenas 0,2% não contavam com agentes comunitários (BRASIL, 2004).

A experiência no município de Sobral, situado no sertão do Ceará, que há anos vem edificando a estratégia de saúde da família nesta região, segundo Andrade e colaboradores (2004), tem mostrado como a inclusão de várias categorias profissionais dentro da ESF produz impacto na qualidade de vida da população; fazem parte das equipes: assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos e terapeutas ocupacionais, que em parceria com os demais profissionais, desenvolvem atividades físicas e de lazer em sessenta grupos de idosos e dezenas de grupos terapêuticos ou de interesse com gestantes e com adolescentes. No cuidado com a família e com a comunidade, são desenvolvidas técnicas como a de terapia comunitária que estimulam a formação de agentes multiplicadores.

No presente estudo, a composição das equipes demonstra o processo de estruturação, ainda em construção, do PSF e PACS em Uberlândia, uma vez que foi implementado apenas em meados de 2003. Dados nacionais de avaliação da implantação do PSF revelaram elevado número de equipes de saúde da família com menos de um ano de funcionamento (37,7%), 40% entre um e dois anos e, apenas 22% com três anos ou mais (BRASIL, 2004).

Assim, por ser a equipe mínima a que originalmente compõe o programa, talvez as demais categorias profissionais venham a se integrar gradativamente. No entanto, vale ressaltar a importância da ampliação da equipe multiprofissional, pois há uma grande quantidade de *problemas* que necessitam de outros saberes e competências para a sua resolutividade; em termos de extensão de cobertura, a composição mínima das ESF trouxe mudanças e benefícios ao atendimento da população, porém, apresenta limites teóricos, técnicos e físicos na abordagem quanto a multicausalidade dos problemas e avanço do modelo de integralidade da saúde (ANDRADE et al., 2004; ASSIS et al., 2002).

Na questão da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, a presença de uma equipe multiprofissional que conjugue profissionais de diversas áreas favorece uma atenção integrada, tão necessária ao enfrentamento desta problemática (DESLANDES, 1994).

Uma alternativa seria a supervisão especializada, a exemplo do Programa Médico de Família de Niterói, no Rio de Janeiro, onde a equipe é formada apenas por um médico generalista e um auxiliar de enfermagem [que geralmente reside na própria comunidade], porém, esses profissionais participam semanalmente de um módulo com uma equipe de supervisão nas áreas de epidemiologia, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, cirurgia, assistência social, enfermagem, pediatria e psiquiatria (CAVALCANTI, 1999; TAVARES, 2004).

Por um lado, a composição mínima das equipes, referida neste estudo, revela ainda, uma visão do processo saúde-doença essencialmente biomédica. Esse dado é também

discutido por Franco, Bastos e Alves (2005), numa pesquisa sobre a relação médico-paciente no PSF, em três municípios baianos. Ao observarem 408 consultas ambulatoriais [a maioria com duração de oito a 15 min] constataram que a investigação do problema da população era reduzida a anamnese biomédica e a exames físicos.

No modelo biomédico, ao se diagnosticar as enfermidades, o aspecto social é considerado somente como uma variável do ambiente (MINAYO; SOUZA, 1999). O que demonstra uma compreensão descontextualizada e compartimentada da realidade:

O indivíduo visto de forma fragmentada, cuja manifestação da doença ocorre em partes de seu corpo, sem que sejam observadas suas diferentes dimensões, perde sua integralidade e acaba relacionando-se, repartidamente, com os serviços de saúde. Seus anseios, seus desejos, seus sonhos, suas crenças, seus valores, suas relações com os demais membros de sua família e com o seu meio social são aspectos quase que completamente esquecidos, ao ser abordado por um profissional de saúde tradicional (COSTA NETO, 2000, p. 9).

Por outro lado, ao reiterar esse paradigma, os profissionais compactuam com um modelo assistencial que nega a complexidade e a multidimensionalidade da saúde. Assim, corre-se o risco de valorização das consultas médicas, exames e medicalização em detrimento de ações preventivas, educativas, comunicacionais e psicossociais que se tornam periféricas à assistência individual (PEDUZZI, 2001), contrariando os princípios da proposta de Saúde da Família. Ao se desqualificar ou tratar com indiferença a dimensão psicossocial na atenção aos usuários, pode-se favorecer a condição para a medicalização e na ausência de um *raciocínio clínico-epidemiológico*, o momento da consulta possui uma dimensão estritamente biomédica onde questões importantes sobre as condições e histórico de vida deixam de ser abordadas (FRANCO; BASTOS; ALVES, 2005).

É necessário promover no PSF o trabalho em equipe, de modo que as diversas áreas do conhecimento sejam igualmente valorizadas, independente da formação dos profissionais (COSTA NETO, 2000). No entanto, muitas vezes, a prática clínica, humanista e comunitária de alguns membros da equipe fica em segundo plano, devido à existência de uma hierarquia e valorização social desigual em relação às profissões que se estendem no cotidiano (COSTA NETO, 2000; PEDUZZI, 2001). O trabalho em equipe não é tarefa fácil, uma vez que os profissionais com diferentes formações têm que conviver em "[...] uma sociedade em que predomina, na concepção de atenção à saúde, a hegemonia do trabalho do médico" (ARAÚJO, 1999, p. 84), a própria população tem dificuldade em assimilar um novo paradigma. Na proposta de saúde da família, o papel profissional do enfermeiro assume um perfil diferente do tradicional, pois passa a ser o responsável pela coordenação e gerência das equipes, dividindo com o médico, em algumas situações, a concentração de *status* e poder.

Escorel (2002) mencionou três importantes dificuldades para a implementação da proposta de saúde da família, que corroboram a discussão aqui apresentada: de substituição do modelo e da rede tradicional de atenção à saúde, de inserção e desenvolvimento de recursos humanos e de avaliação do processo e resultado do programa.

Retomando a questão da organização do PSF em Uberlândia, percebe-se, em relação aos PACS⁵, uma desarticulação e desintegração do serviço, uma vez que os profissionais de referência para a discussão e encaminhamento dos casos, não participam da proposta. Há ainda um distanciamento entre os PACS e as equipes do PSF, tanto em termos de localização territorial como de integração e articulação das ações [observação pessoal].

Numa perspectiva crítica, há, muitas vezes, um distanciamento entre o discurso e a prática na atuação profissional, até mesmo porque o trabalho com famílias envolve uma enorme complexidade necessitando ser revista constantemente a atuação em equipe:

Não resta dúvida de que este é um caminho que se precisa aprender a trilhar considerando ser o trabalho em equipe a base ideológica conceitual para a construção de novos conhecimentos e tecnologias no processo de trabalho em saúde (ARAÚJO, 1999, p. 84-85).

Segundo Peduzzi (2001), o trabalho em equipe vem sendo proposto como recurso para lidar com o crescente processo de especialização na área da saúde, uma vez que este tende a compartimentar o conhecimento e a intervenção, tratando de forma individualizada as questões de saúde, não permitindo, assim, uma articulação horizontal das ações e saberes.

Essa mesma autora classifica o trabalho de equipe em dois tipos: no primeiro, ocorre uma fragmentação e justaposição das ações e o *agrupamento* dos profissionais, no segundo, a articulação das ações e *interação entre os profissionais*.

Acrescenta, ainda, que para se reconhecer essa tipologia, é necessária a avaliação dos seguintes aspectos: a forma como os profissionais interagem e se comunicam, projeto assistencial comum, diferenças técnicas e desigualdades entre as áreas de trabalho, especialização *versus* mobilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica. Ressalta que, em ambas as formas de atuação, existem diferenças técnicas, desigualdades quanto a valorização social das profissões e hierarquia dos trabalhos.

Contudo, somente a integração das ações, a interação entre os diversos profissionais [ações interdisciplinares] e a *superação do isolamento dos saberes* é que possibilita a

5. Durante a realização deste estudo, os PACS foram extintos pela Secretaria Municipal de Saúde, em janeiro de 2006, com o objetivo de implementação de mais seis equipes de PSF na região do B. Luizote de Freitas.

implementação da proposta da integralidade das ações de saúde e, atenção de qualidade aos usuários (ANDRADE et al., 2004; ASSIS et al., 2002; BRASIL, 2001d; PEDUZZI, 2001).

5.1.2 Sexo e idade

No presente estudo, o predomínio de profissionais do sexo feminino entre os que atuam diretamente no PSF e PACS é semelhante ao relatado na literatura (ESCOREL, 2002; GIL, 2005; PIRES et al., 2005; ROSSI; PINTO e SILVA, 2005), com percentuais que variam de 60,9% a 99,5% entre diversos municípios brasileiros.

A predominância das pessoas do sexo feminino pode ser explicada por uma tendência a *feminilização das profissões*, no mercado de trabalho em saúde (GIL, 2005). A mulher se insere, devido às restrições, discriminações e por não romper radicalmente com o âmbito doméstico, preferencialmente através de atividades do setor de saúde, educação, lazer, prestação de serviços e, também setores sociais (MACHADO, 1986).

Mott (1999), ao estudar a história da enfermagem em São Paulo, discute a profissão como extensão do lar onde a mulher busca desempenhar atividades como cuidadora e educadora. No caso das mulheres médicas, a escolha das especialidades recai sobre as áreas da pediatria, da psiquiatria, da ginecologia e da clínica médica, consideradas menos complexas, de menor *status* e baixo retorno financeiro (MACHADO, 1986). Embora pareça ter uma conotação natural, esse fenômeno remete à posição social da mulher. O sistema de produção capitalista privilegia a subvalorização das capacidades femininas, marginalizando sua força produtiva em consequência da supremacia masculina (SAFFIOTI, 1969).

No Brasil, após a década de 70, há uma tendência à feminilização no mercado de trabalho em saúde, com ênfase no nível superior [a força de trabalho feminina com esta escolaridade passou de 18% em 1970 para 35% em 1980] e na categoria médica e odontológica, motivada pelo aumento do número de vagas nas universidades e pela ampliação de cursos oferecidos; no entanto, em 1980, 68% das mulheres médicas eram remuneradas com salários inferiores a 10 salários mínimos e apenas 21% dos médicos se apresentavam nesta mesma faixa salarial; 15% das enfermeiras recebiam menos de três salários mínimos, não havendo nenhum enfermeiro nesta condição (MACHADO, 1986).

Em estudo realizado, em 1999, com o objetivo de traçar o perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no País, há informações de que o programa absorve mais mulheres em

suas equipes; dados da Região Sudeste apontavam que 41,90% dos médicos eram mulheres, no Rio de Janeiro, por exemplo, os profissionais do sexo feminino chegavam a 66,67%; quanto à enfermagem o percentual atingia 91,58% (BRASIL, 2000b).

Assim, o século XXI é marcado pelo crescente número de mulheres no mercado de trabalho devido à expansão do sistema econômico e a maior escolarização desta população que passa a profissionalizar-se e investir em sua formação (CARNEIRO, 2006; RABELLO; GODOY; PADILHA, 2000). Entre 1992 e 2002, a participação feminina na População Economicamente Ativa (PEA) passou de 28 milhões (42%) para 36,5 milhões (52,3%) (CARNEIRO, 2006).

O predomínio entre os entrevistados, de adultos jovens, com até 30 anos, corrobora estudos encontrados na literatura (ARAÚJO, 1999; ESCOREL, 2002; FRANCO; BASTOS; ALVES, 2005; GIL, 2005; RONZAN; RIBEIRO 2004; ROSSI, 2004).

O PSF vem se constituindo como a porta de entrada no mercado de trabalho para profissionais que estão em início de carreira, o que explica o grande número de pessoas concentradas nesta faixa etária (ARAÚJO, 1999; FRANCO; BASTOS; ALVES, 2005; GIL, 2005; RONZAN; RIBEIRO, 2004). Em alguns municípios estudados por Escorel (2002), a maioria dos profissionais do PSF tinha no máximo cinco anos de formados. Antigas formas de trabalho estão sendo substituídas por essa nova proposta de atenção à saúde, havendo inclusive uma *interiorização dos profissionais*, uma vez que a implantação do PSF acontece prioritariamente em municípios de pequeno porte (RONZAN; RIBEIRO; 2004).

Diferentemente, na Região Sudeste do País, evidenciou-se uma concentração de profissionais do PSF na faixa etária entre 30 e 49 anos, sendo que 69,7% dos médicos estavam distribuídos em duas fases, a de afirmação profissional [entre 5 a 14 anos de formados] e a de consolidação profissional [entre 15 a 24 anos de formados], porém, apenas 45,6% destes haviam cursado residência; os enfermeiros, no entanto, eram mais jovens, e 43% tinham até quatro anos de formados (BRASIL, 2000b).

Desde a década de 90, de forma crescente, o SUS tem ampliado o mercado de trabalho dos profissionais de saúde, os quais são absorvidos pelos sistemas municipais. Para muitos, o PSF representa a oportunidade do primeiro emprego. No entanto, tem se tornado um lugar de passagem com tendência à grande rotatividade, motivada pelo vínculo informal [contratos de trabalho não baseados no sistema celetista ou estatutário] que gera insatisfação e insegurança nas equipes (BRASIL, 2004; ESCOREL, 2002; GIL, 2005).

Um estudo sobre a avaliação da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil revelou ser recente a inserção dos profissionais, o tempo de permanência dos médicos (76,8%), enfermeiros (65,3%) e auxiliares de enfermagem (52,9%) era igual ou inferior a um ano; a contratação de médicos corresponderam a contratos temporários em 34,3% e a prestação de serviços em 15,5%. Na Região Nordeste, nos Estados de Pernambuco, Maranhão e Paraíba, foram observados os maiores percentuais de contratação temporária. Ao contrário, a maioria dos profissionais, no Estado de São Paulo, tinham contratos em regime estatutário ou celetista, com percentuais de 70% para médicos e 73,5% para enfermeiros; no Distrito Federal 100% das equipes eram contratadas em regime celetista (BRASIL, 2004).

A forma de contratação foi também mencionada no estudo que comparou dois municípios quanto à implantação do PSF; no município A em que as equipes eram regidas pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), os profissionais demonstraram maior satisfação e comprometimento com o trabalho, enquanto no município B, onde os contratos eram de prestação de serviço com a prefeitura, o sentimento era de insegurança e insatisfação (COPQUE; TRAD, 2005).

O fenômeno da não fixação dos profissionais pode, ainda, ser explicado pela substituição a outros e pela atuação [mudança] profissional em mais de uma equipe (SCOREL, 2002). Há dificuldade em se avaliar a rotatividade dos profissionais em Uberlândia, devido ao curto período de tempo de existência do PSF nesta cidade.

O PSF tornou-se uma possibilidade financeira para os médicos, pois o mercado de trabalho não comporta a demanda, e muitos profissionais não conseguem aprovação na residência médica. Assim, trabalhar em saúde da família, muitas vezes, não se trata de uma escolha, mas sim de uma opção, não havendo por parte dos mesmos uma identificação e valorização da formação em saúde da família como uma especialidade médica (RONZAN; RIBEIRO, 2004). Sobre o ingresso no programa, Franco, Bastos e Alves (2005), ao contrário, apresentam dados que mostram, em 76,1% dos relatos dos médicos, identificação com a proposta e com o trabalho na comunidade, enquanto a possibilidade de emprego e retorno financeiro foram referidas por 23,9%. No entanto, constataram uma pequena porcentagem de profissionais que havia cursado a residência. Outros motivos são destacados por diversos profissionais na escolha pelo trabalho no PSF: desemprego, por constituir-se um mercado promissor e pela crença na reorganização de atenção à saúde (SCOREL, 2002).

5.2 Conhecimento dos profissionais sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes

A lacuna no conhecimento e formação dos profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes foi também discutida por outros autores (ALMEIDA et al., 2002; BACKES, 1999; CAVALCANTI, 1999; ERICKSON; HILL; SIEGEL, 2001; GOMES et al., 2002; MOURA; REICHENHEIM, 2005), em diferentes pesquisas.

O presente estudo revela que, majoritariamente, os profissionais obtiveram informação e conhecimento sobre o tema analisado de forma leiga, aleatória e superficial, sem uma sistematização de leituras científicas ou de referência, como o ECA. Esse dado remete a questionamentos sobre a forma de abordagem do tema pelos meios de comunicação de massa [imprensa escrita e falada], uma vez que grande parte destas leituras ocorreu em jornais e revistas.

Em um estudo qualitativo avaliando a informação produzida pela imprensa escrita, sobre as rebeliões e fugas de adolescentes em conflito com a lei no Rio de Janeiro, Njaine e Minayo (2002) observaram que a situação da infância e adolescência brasileira, na última década, vem sendo divulgada mais freqüentemente pela mídia, em função dos avanços dos direitos destas categorias específicas e esforço de alguns pela sensibilização da sociedade sobre o ECA, no entanto, o estatuto dificilmente faz parte de temas relevantes dos órgãos de informação e o foco jornalístico da violência contra crianças e adolescentes, mais comumente, recai sobre a questão da delinqüência do que da vitimização.

Sanematsu (2005), ao discutir sobre a violência contra a mulher, afirma que a imprensa restringe-se a dados impactantes de pesquisa, a casos reais envolvendo pessoas famosas e iniciativas do poder executivo, projeto de lei ou manifestações da sociedade civil, porém, necessita de novos enfoques informando sobre a real magnitude do problema. Silva (2006) ressalta a importância da mídia no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, e constata a utilização, nos veículos de grande circulação nacional, de linguagem inadequada [constantemente crianças e adolescentes são mencionados como *menores*], em que preconceitos são reforçados e o compromisso ético rompido. Segundo esse mesmo autor, a mídia precisa tratar o assunto de forma mais adequada, sem discursos *pontuais, sensacionalistas e utilitários*, pois é determinante de opinião pública.

Guerra (1998) traz uma visão abrangente do discurso adotado pela imprensa sobre o tema da violência doméstica física contra crianças e adolescentes; por meio de um estudo qualitativo [análise documental] descreveu a abordagem de cinco jornais que circulavam na cidade de São Paulo, no ano de 1993. A autora afirma que “[...] a notícia, passada pela

imprensa, converte-se em mercadoria, oferecendo-se uma visão fragmentada da realidade, desvinculando-se de um fundo histórico-social [...] (p. 248), e concluiu em sua pesquisa que sobre esse assunto específico: foi pouco divulgado tendo espaço restrito, o que é explicado pela percepção do fenômeno como uma questão particular na qual a sociedade pouco tem a contribuir; as notícias referiam-se a casos graves entendidos como excepcionais ou marginais [o leitor poderia concluir que acontece apenas em outras famílias, geralmente as socialmente desprivilegiadas]; defendiam a criminalização do agressor mais que a proteção da criança, uma vez que a fonte jornalística era a polícia; não veiculavam quem havia realizado a notificação ou mesmo a importância de tal procedimento [o que contribuía para o leitor se manter passivo e descompromissado]; reforçava o mito da *sagrada família* explicando o problema em termos de questão individual e protegendo a estrutura familiar; o tema foi tratado de forma diferente pelos diversos periódicos conforme a classe social a qual eram direcionados; havia a veiculação de casos em detrimento de informes científicos. Enfim, o discurso veiculado pela imprensa era “[...] superficial, alienante, pasteurizado e ao mesmo tempo mítico e tranquilizador [...]” (GUERRA, 1998, p. 251).

Provavelmente, é sob esta ótica que os profissionais do PSF e PACS obtiveram informações, elaboraram seus discursos e representações, transportando-os para a atuação. O conhecimento informal, por si só, é incipiente, talvez muitos registros deixaram de ser percebidos pelos mesmos e incluídos na sua prática em saúde, tais como: aspectos teóricos, divulgação e avaliação dos serviços, formas de prevenção, custos econômico e social da violência, garantia de direitos, causas, crenças e mitos, fatores de riscos, formas de intervenção.

No presente estudo, observa-se, ainda, certa contradição nos relatos e posicionamentos dos profissionais entrevistados, uma vez que sem referir inicialmente o ECA como parte de suas leituras, posteriormente, a metade disse tê-lo lido. Esse dado pode ser entendido como a dificuldade de alguns em assumir, de fato, uma desinformação quanto ao tema e legislação vigente. Possivelmente, ter o conhecimento avaliado gera ansiedade, pois se deparam com situações reais no cotidiano. Por outro lado, mais de 80% dos entrevistados assumiram total desconhecimento sobre a Portaria 1.968 referente à notificação compulsória, preconizada pelo MS (BRASIL, 2001c).

Contudo, esses dados revelaram que grande parte dos entrevistados não está adequadamente informada sobre o fenômeno da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, o que pode interferir negativamente no atendimento a possíveis casos com os quais poderão se deparar na prática. Tal desinformação não é um fato isolado e corrobora

estudo realizado por Almeida e colaboradores (2002) com médicos e estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia sobre a conduta e os aspectos éticos e legais referentes a situações de violência contra crianças e adolescentes, sendo, inclusive, o principal motivo para a não notificação de casos por esses profissionais. Desse modo, a desinformação, muitas vezes, leva os profissionais de saúde a atitudes de negação ou passividade (BACKES, 1999).

Essa discussão permite pensar sobre a formação dos diversos profissionais de saúde, particularmente os que desempenham atividades no serviço público. Uma das questões relevantes que dificulta a implementação e o bom funcionamento da proposta de saúde da família diz respeito à inadequação na formação e preparo profissional, seja na graduação ou especialização, devido a uma desarticulação entre os sistemas de serviço de saúde e o educacional (SANTANA, 1999). Os profissionais não são preparados numa perspectiva de atenção integral à saúde que os possibilite ações de promoção, atenção e prevenção (GIL, 2005; GOMES et al., 2002), limitando-se muitas vezes a práticas pontuais e curativas.

Porém, diferentemente, quase a metade dos profissionais de saúde (44,5%), que atuavam no setor público de Campinas, informaram ter existido discussões sobre o tema durante a sua formação, mesmo assim tiveram dificuldades quanto à notificação dos casos (ROSSI, 2004).

A porcentagem (13%) encontrada, no presente estudo, de menções, pelos profissionais graduados, da abordagem do tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes confirma que as grades curriculares dos diversos cursos de graduação, na área da saúde, não contemplam a integralidade no cuidado da saúde da população, o que restringe a formação dos mesmos e posterior atuação nos serviços públicos. Em concordância, resultados de um estudo realizado com médicos e estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia revelaram que o curso não oferecia condições aos alunos para que ao término da faculdade estivessem aptos ao diagnóstico deste fenômeno (ALMEIDA et al., 2002).

Segundo Moura e Reichenheim (2005) há [...] “pouca ênfase nos cursos de graduação às questões relacionadas a temas que englobem aspectos para além do binômio saúde-doença” (p. 1130); e o baixo índice de identificação e encaminhamento de casos verificados pelos autores, numa pesquisa sobre violência familiar contra crianças em um serviço público no Rio de Janeiro, foi atribuído à atuação e à formação deficiente dos diversos profissionais de saúde.

A questão da formação dos profissionais de saúde em relação a esta temática faz parte de discussões também no âmbito internacional. Nos Estados Unidos, uma pesquisa com estudantes da disciplina de pediatria, residentes de pediatria e pediatras de consultórios

particulares, bem como com médicos de família, sendo a maioria (221; 71,3%) do Estado de Ohio, mostrou que uma das dificuldades apontadas por estes como barreira para a investigação da violência era justamente a falta de formação e treinamento específico, embora a Academia Americana de Pediatria, desde de 1998, fizesse recomendações para que os profissionais incorporassem em sua prática diária a triagem deste fenômeno; inclusive no Estado de Kentucky a formação sobre violência doméstica é requisito para a obtenção da licença de atuação dos médicos (ERICKSON; HILL; SIEGEL, 2001, tradução nossa).

Campos e Aguiar (2002) criticam a educação médica no Brasil. Na opinião dos autores, os alunos são treinados ao exercício de uma medicina fragmentada, tecnicista e muitas vezes desarticulada das necessidades sociais; e defendem uma reforma curricular atrelada à atenção básica. Os autores ressaltam algumas questões que necessitam ser repensadas pelo ensino médico atual [e quem sabe até por outros cursos na área da saúde]: a aprendizagem centrada no Hospital Universitário e desarticulada do Sistema de Saúde; a separação entre ciências biológicas, clínicas e sociais; grades curriculares baseadas em disciplinas como créditos que serão somados e desarticulados entre si; sistema de avaliação pautado na memorização; trabalho em saúde focado na figura do médico estando os demais profissionais em segundo plano; ausência de um processo integral de formação permanente para os profissionais graduados.

Corroborando essas proposições, Noronha (2002) acrescenta ainda outras questões, tais como: despreparo do corpo docente, currículos ultrapassados [ciclo básico e clínico desarticulados], carga horária em excesso, teoria e prática desvinculadas, ênfase nas especializações e no uso preponderante da tecnologia. Essa mesma autora lembra que iniciativas governamentais estão sendo criadas para se adequar a formação profissional às demandas do SUS. Os pólos de capacitação em Saúde da Família que tiveram início em 1997 e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) são algumas delas. Em 2005, foi também lançado, por meio de uma política interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) que pautado no antigo Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina (PROMED) [o qual incentivou processos de mudanças em 19 escolas médicas brasileiras] tem como um de seus objetivos reorientar o processo de formação de médicos, enfermeiros e odontólogos de forma a estarem habilitados a responderem às demandas da população brasileira e à operacionalização do SUS (BRASIL, 2006c).

Evidenciando a necessidade de transformação do ensino médico nacional, Veiga e Batista (2006) realizaram pesquisa sobre o ensino de pediatria nas escolas de medicina do Rio

de Janeiro e constataram que algumas mudanças já estão sendo implementadas; 93,7% dos cursos utilizavam o cenário de atenção primária [postos, centros de saúde, creches, PSF] além de ambulatórios e enfermarias na aprendizagem que antecede o internato. No entanto, dos temas referidos a ênfase recai sobre a anamnese e o exame físico, as ações básicas [aleitamento materno em 87,5%], o crescimento e desenvolvimento (50%), as doenças diarréicas (12,5%), as imunizações e controle de infecções respiratórias (37,5%) e o atendimento ao recém-nascido normal (50%); os acidentes na infância eram incluídos como temática de discussão em 62,5% dos cursos, porém, as violências não chegaram a ser mencionadas.

Em um estudo exploratório de cunho qualitativo, desenvolvido por Cavalcanti (1999), avaliando, além de outros aspectos, a percepção de profissionais do Programa Médico de Família de Niterói sobre situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, a ausência de formação médica voltada para a educação e saúde foi mencionada como um dos fatores que interferem negativamente no trabalho junto à comunidade. Assim como no presente estudo, os profissionais demonstraram necessidade premente de se discutir a atuação frente a situações de violência.

Entretanto, em uma pesquisa realizada com um grupo de pediatras do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), sobre a conduta na abordagem da violência doméstica contra crianças, o conhecimento dos profissionais em relação a esta temática específica, incluindo conceitos, experiências com o problema, formas de abordagem e compromisso ético, estava bem estruturado (MARMO; DAVOLI; OGIDO, 1995), dado que difere do presente estudo. Porém, observa-se que este grupo de profissionais desenvolvia atividades de assistência, docência e pesquisa, orientando alunos na graduação e residência médica. Vale, ainda, ressaltar que os pediatras foram os pioneiros, na década de 80, na criação de grandes centros direcionados ao atendimento e à prevenção da violência na infância e adolescência (MINAYO; SOUZA, 1999). O primeiro Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância (CRAMI) foi justamente fundado na cidade de Campinas, no ano de 1985, sendo posteriormente implantado em outros municípios [Itapira, Piracicaba, Botucatu, Sorocaba, São José do Rio Preto, Santo André e Bauru]; esses centros constituem ONGs que há anos realizam o trabalho no Estado de São Paulo (DESLANDES, 1994).

Um outro estudo com pediatras de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, constatou que o conhecimento destes sobre a violência infantil também era suficiente, embora 52,1% nunca tivessem realizado treinamento específico (PIRES et al., 2005). O grau de conhecimento

referido pode também ser explicado por terem tido, os profissionais de ambos os estudos, maior oportunidade para o contato e atendimento de situações de violência envolvendo crianças, devido à própria especialidade médica.

Gomes e colaboradores (2002), em um estudo de caso, analisaram a percepção dos profissionais de saúde da rede pública frente à abordagem realizada em casos de violência contra crianças e adolescentes, e constataram que a lacuna na formação dos profissionais pode ser superada pela construção de um conhecimento que depende da informação e interesse próprio e troca de experiências com aqueles que já vivenciaram situações parecidas; no entanto, a complexidade do tema exige capacitação, planejamento de ações integradas e participações em ações públicas pelos profissionais.

Cabe assinalar que o PSF propõe, como parte de seu sistema de funcionamento, uma capacitação continuada [especialização e educação permanente] aos diversos profissionais (SANTANA, 1999; GIL, 2005). O MS (BRASIL, 2001d) afirma a importância da abordagem sistêmica e integral da família onde a ESF deve: “[...] identificar processos de violência no meio familiar e abordá-los de forma integral, organizada, com participação das diferentes disciplinas e setores de acordo com os preceitos legais e éticos existentes” (p.74); propõe ainda alguns temas prioritários para a educação permanente, principalmente em grandes municípios, tais como: violência, prostituição, crianças em situação de risco, saúde mental, exclusão social, cidadania, equipamentos sociais coletivos, dentre outros. Portanto, os profissionais de saúde estão respaldados por uma instância maior para construir conhecimento específico, contribuindo para a promoção da saúde da população, especialmente de crianças e adolescentes, prevenindo e reduzindo taxas de mortalidade e morbidade referentes a este agravo. No entanto, vale ressaltar a necessidade das iniciativas governamentais locais de se aterem a essas orientações.

Em um estudo qualitativo que avalia a experiência de implantação do PSF em dois municípios baianos, a capacitação, de uma forma geral, foi mencionada pelas equipes como de importância fundamental para o sucesso do programa, mas os profissionais do município A evidenciaram falhas quanto ao planejamento e oferta de cursos, enquanto no município B a capacitação das equipes limitava-se ao treinamento introdutório⁶ (COPQUE; TRAD, 2005).

Dados do presente estudo mostraram que os ACS foram os que mais receberam informações sobre o tema durante capacitação do PSF e PACS. Talvez por demonstrarem,

6. É a primeira capacitação que antecede o início das atividades dos profissionais selecionados para atuarem no PSF. Seu funcionamento é de curto prazo, e deve ser efetuado no próprio município ou na regional a qual pertence (BRASIL, 2001d).

inicialmente, maior interesse e participação devido à carência de conhecimento de uma forma geral, pois no exercício de sua ocupação a escolaridade exigida é baixa, por estarem em contato direto com a população e também a ênfase dada pelos coordenadores, quando da implementação dos programas, na capacitação desses profissionais supondo que as demais categorias tivessem suas lacunas de conhecimento sanadas na graduação ou no ensino técnico.

No entanto, esses dados revelaram, também, que já existe uma preocupação em se discutir o tema. Embora grande parte dos profissionais do PSF e PACS de Uberlândia ainda não tenha adquirido formação sobre este tema, manifestaram interesse em obtê-la demonstrando explícito motivo profissional, o que, inclusive, pode ser entendido pela percepção deste agravo como um problema de saúde pública.

5.3 “Conceitos” e tipos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes referidos pelos profissionais do PSF e PACS

A conceituação de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde foi investigada por Cavalcanti (1999), em um estudo qualitativo junto aos profissionais de saúde da família. Na percepção destes, essa violência não se resume à agressão física, mas a colocaram na frente de outros danos; definiram a violência intrafamiliar como aquela praticada na família e ressaltaram dificuldade em estabelecer, para cada caso, o limite do que é inaceitável ou não.

Em parte, dados do presente estudo corroboram essas constatações uma vez que, ao conceituar a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, os profissionais consideraram os pais como os agentes agressores preponderantes, ou seja, também percebem o problema como sendo do âmbito familiar embora parentes e responsáveis tenham sido considerados apenas por 20% dos entrevistados. No entanto, incluíram tanto o dano físico quanto o psicológico, estando a omissão [negligência e abandono] em segundo plano. Inclusive, ao citarem os tipos, a violência física teve maior destaque seguida da psicológica.

Um aspecto importante a ser discutido, neste trabalho, são as mudanças ocorridas na configuração familiar, que atualmente pode ser constituída de mãe, pai e filho(s) ou avós e netos, tios e sobrinhos, padrasto e enteados, mãe e filhos etc; ou seja, outros membros, além dos pais, têm também a possibilidade de exercerem este tipo de violência. Conforme Carvalho (2003), a família, na sociedade contemporânea, ganha novos arranjos num *movimento de organização-reorganização*, e este, por sua vez, está relacionado ao contexto sociocultural no

qual os indivíduos estão inseridos: “A família alargada, o grupo de conterrâneos, por exemplo, são possibilidades de maximização de rendimentos, apoios, afetos e relações para obter emprego, moradia, saúde [...]” (p.17). No entanto, o modelo nuclear é ainda um ideal que permeia o imaginário coletivo (CARVALHO, 2003; ROMANELLI, 2003).

Nas teorias e práticas de atendimento às famílias, há uma tendência em se distanciar de padrões rígidos ou pré-estabelecidos os quais distinguem as famílias ditas *estruturadas* das *desestruturadas*; a realidade contempla a *família vivida* que busca, numa multiplicidade de formas e, conseqüentemente, de práticas, conceitos, valores e crenças, obter soluções frente aos obstáculos que a vida propõe (SZYMANSKI, 2003). Essas mudanças estão, de alguma forma, atreladas às relações de gênero, devido às transformações na condição feminina e nos papéis masculinos (BILAC, 2003; ROMANELLI, 2003) como também ao abandono do sentido de tradição e afirmação da individualidade (SARTI, 2003).

Deslandes (1994), ao estudar os registros dos CRAMI de vários municípios do Estado de São Paulo, verificou em relação à composição familiar que em 40% a 50% das famílias investigadas não havia a presença de ambos os pais, e de 30% a 40% a criança vivia apenas com a mãe. O tipo mais notificado nestes serviços foi a violência física. Segundo a autora, essa predominância está associada a um modelo cultural de educação em que o castigo corporal é permitido.

Gomes e colaboradores (2002), em uma pesquisa qualitativa que teve por objetivo verificar a abordagem dos profissionais de saúde da rede pública, especificamente do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Osvaldo Cruz, diante de casos de violência cometidos contra crianças e adolescentes, analisaram a definição, nos diversos tipos, referida por 17 profissionais de nível superior [oito médicos, dois assistentes sociais, quatro enfermeiras e três psicólogas]. Na opinião dos mesmos, as situações oscilam entre a *visibilidade* que envolve os sinais físicos presentes nos diferentes tipos como corrimentos suspeitos, trauma vaginal, queimaduras, lesões, hematomas etc, e a *invisibilidade* que diz respeito a aspectos de difícil detecção na negligência, no abuso sexual e psicológico. Assim, diferentemente do presente estudo, esses profissionais evidenciaram uma visão ampliada sobre a complexidade deste fenômeno.

Possivelmente, para os profissionais de saúde, de forma geral, as evidências físicas são mais facilmente detectadas, pois os danos físicos algumas vezes deixam marcas graves, provocando lesões que, freqüentemente, necessitam de atendimento médico. Torna-se, portanto, uma modalidade mais fácil de se enxergar, devido à *própria objetividade do evento* (MUZA, 1994, p. 58). Em concordância com estas proposições, pesquisas realizadas em

instituições hospitalares demonstraram a predominância de casos de violência física (ARAÚJO, 2005; DIRANI, M.; FONSECA; DIRANI, C., 1989; KORN et al., 1998). Nos pronto-socorros, por exemplo, há elevada ocorrência de casos de espancamento, sendo a violência física facilmente diagnosticada devido a gravidade das lesões e, por demandar urgência, os pais e responsáveis se vêem obrigados a buscar o atendimento (MARMO; DAVOLI; OGIDO, 1995). O setor de emergência passa a ser, então, o primeiro local de reconhecimento e intervenção deste agravo (HYDEN; GALLAGHER, 1992).

Dirani, M.; Fonseca e Dirani, C. (1989), ao estudarem 122 casos de violência contra crianças, 65,6% com menos de três anos de idade, em um hospital de Porto Alegre, constataram maior frequência de contusões (n= 44), negligência (n= 23), fraturas isoladas (n= 15), trauma crânio-encefálico (n= 8), queimaduras (n= 4) e abuso sexual (n= 18); inclusive, nesta instituição, devido a incidência de casos, foi criado um serviço com profissionais especializados.

Uma outra pesquisa investigou 225 casos de abuso físico, acompanhados pelo SOS Criança de Curitiba, no ano de 1998 e, foram observadas, entre as lesões provocadas, o predomínio de hematomas (37,8%) sendo que 14% das crianças apresentavam mais de um tipo de lesão. No entanto, em 7% os sinais da agressão não eram evidentes (PASCOLAT et al., 2001).

Por outro lado, os profissionais que trabalham junto à proposta de saúde da família, por adentrarem as casas estão mais próximos das relações familiares estabelecidas pela população atendida, começam a intuir que a violência permeia a maneira como as pessoas se comunicam [principalmente os adultos com as crianças] e formas mais sutis, como a violência psicológica e sexual, também podem ser observadas. É relevante ressaltar que, tanto neste estudo quanto no que foi realizado por Cavalcanti (1999), os profissionais evidenciaram, destacaram, supervalorizaram os danos físicos, o que demonstra uma dificuldade em compreender a existência e coexistência dos diversos tipos de violência [na verdade uma não vem antes ou depois da outra, na maioria das vezes caminham juntas].

Os dados do presente estudo permitem, ainda, inferir os sentidos que as várias práticas violentas assumem entre os profissionais de saúde. Quando não reconhecem certos atos como violentos é porque os aceitam como *naturais* nas relações de poder intrafamiliares. Assim, não percebem a violência psicológica como relevante, atendo-se à violência física que, de qualquer forma, também é considerada como *natural*, pois pais, parentes e responsáveis sempre *bateram* nas crianças e adolescentes. Na verdade, as representações simbólicas sobre a

violência são comuns, e compartilhadas por todos os sujeitos envolvidos, sejam agressores, vítimas ou profissionais.

Em um estudo realizado no ambulatório de pediatria do Hospital Pedro Ernesto, vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a utilização de agressão física e psicológica foi referida, na tarefa de educar, por 90% das mães entrevistadas, apontando a *co-ocorrência* dessas duas modalidades de violência (MOURA; REICHENHEIM, 2005).

Castro Neto (1994) discute sobre a violência que não vem acompanhada de hematomas, de sinais ou marcas. Ressalta que formas mais sutis, como o abuso psicológico, podem ocasionar danos maiores que o físico, sendo de difícil reconhecimento; é preciso então que os profissionais se atentem não apenas às *sevícias corporais* como também aos comportamentos que sugerem sofrimento mental e comprometimento no desenvolvimento psicoafetivo da criança. Estudo realizado com profissionais de saúde do setor público de Campinas confirma essa assertiva (ROSSI; PINTO e SILVA, 2005). Na opinião de Marmo, Davoli e Ogido (1995), é o acompanhamento periódico da criança que possibilita a percepção de outros tipos de violências, não tão evidentes num primeiro contato.

Exatamente, por ter como espaço privilegiado o âmbito familiar, o fenômeno da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes tem sua ocorrência mascarada por seus agentes desencadeadores [e por outros adultos que participam da família] tornando-se muitas vezes despercebida, e quando revelada, pouco notificada (AZEVEDO; GUERRA, 1989; ROSSI; PINTO e SILVA, 2005).

Um outro fator que pode dificultar a compreensão deste fenômeno [conceito e tipos] pelos profissionais, seria a existência de certa permissão, por parte da cultura, de métodos disciplinares na educação de crianças e adolescentes, os quais são reproduzidos historicamente e justificados como objetivos pedagógicos (ARIÈS, 1981; AZEVEDO; GUERRA, 2001; DIRANI, M.; FONSECA; DIRANI, C., 1989; SANCHES; MINAYO, 2004). Somando-se à desinformação e falta de formação [mencionadas no presente estudo], os profissionais provavelmente constroem critérios particulares, baseados em padrões culturais arraigados e próprios, para julgarem os casos, devem encontrar dificuldade em delimitar o que é ou não violência. Assim correm o risco de reproduzi-la em sua forma institucional [*negligência institucional*, termo referido por Bringiotti (2000)], quando *naturalizam* as ações violentas nas relações intrafamiliares.

Em relação ao abuso sexual, os tabus associados à sexualidade, de forma geral, constituem obstáculos a sua identificação (DESLANDES, 1999; GOMES et al., 2002; PINTO JÚNIOR, 2005).

Muza (1994) refere as inúmeras definições mencionadas pela literatura sobre o fenômeno da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes que, na sua percepção, são falhas e compartimentadas. No entanto, de uma forma geral, são pautadas em alguns fatores que facilitam uma melhor identificação dos casos, tais como “[...] a natureza do ato agressivo, sua forma, sua intensidade, sua frequência, as conseqüências físicas e psicológicas, a intenção do agressor, a influência de situações modificadoras e o padrão comunitário de normas de conduta” (p. 57).

Em muitos países, como a Suécia, Finlândia, Dinamarca, Noruega, Áustria, Chipre, Croácia, Letônia, Alemanha, Israel e Islândia já existem proibições, legalmente instauradas, sobre todas as formas de punição corporal contra crianças (AZEVEDO; GUERRA, 2001). No Brasil, foi aprovado em 19/01/2006, na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara (CCJ), o Projeto de lei 2.654/03 da deputada Maria do Rosário (PT-RS) que propõe garantia às crianças de não serem educadas sob o uso da força física, o que inclui tanto os castigos *imoderados* quanto os ditos *moderados* [aprovado na Câmara, segue para votação no Senado]; mas de nada adiantam as leis se não existirem políticas públicas voltadas para o reconhecimento e garantia desses direitos (MACHADO, 2006), então, o país tem ainda um longo caminho a percorrer.

Em relação à negligência, o presente estudo constatou que, devido ao empobrecimento da população atendida que, muitas vezes, vivencia situações de extrema miséria e vulnerabilidade, talvez os profissionais encontrem dificuldade em estabelecer o limite entre pobreza e negligência, justificando certos comportamentos, e não os incluindo como violência. Esse dado corrobora afirmações referidas por Davoli e Ogido (1992) que, através de um relato de caso, constataram que a negligência, entre os tipos de violência, vem sendo pouco discutida no Brasil. Embora a condição sócio-econômica deva ser considerada, não justificam certos comportamentos; diferentemente “[...] do abuso físico e da violência sexual que podem ser facilmente constatados, a negligência é um problema de difícil detecção porque, muitas vezes, suas conseqüências ou causam dano psicológico ou se confundem com resultados de acidentes comuns” (DAVOLI; OGIDO, 1992, p. 407). Portanto, os profissionais de saúde devem estar atentos também a esta modalidade de violência, assegurando às crianças e adolescentes o direito de se desenvolverem dentro de padrões saudáveis.

Para Sanches e Minayo (2004), assim como para Deslandes (1994), a precariedade nas condições sócio-econômicas das famílias é um obstáculo para um julgamento mais preciso entre a vitimização e a dificuldade de prover condição necessária ao desenvolvimento infanto-juvenil. No entanto, esclarecem:

Do ponto de vista físico e afetivo, frequentemente se encontram nas crianças negligenciadas lesões de pele por repetição de má higiene corporal; desnutrição; calendário vacinal desatualizado; tratamentos médicos inadequados, por vezes levando à reincidência de internações; acidentes domésticos frequentes; inadequação do nível de escolaridade à idade cronológica; absenteísmo da escola e omissão de atenção e de limites frente às várias situações do cotidiano (p. 35).

Cariola e colaboradores (1995), ao pesquisarem dados do CRAMI de Bauru, São Paulo, e Araújo (2005) do CRIAV, em Uberlândia, constataram elevada ocorrência de casos de negligência; 28,1% e 42%, respectivamente. Talvez, por se tratar de centros de referência, onde exista uma equipe especializada, este tipo de violência seja mais facilmente diagnosticada.

Contudo, observa-se que os profissionais do PSF e PACS, de Uberlândia, possuem certa noção quanto à conceituação e tipos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, mas, devido à superficialidade com que foram descritos, esses conceitos necessitam ser ampliados, melhor definidos e estruturados para que, na prática, as situações sejam devidamente conduzidas. Esses dados reforçam, uma vez mais, a necessidade de implementação de um processo de capacitação.

5.4 Aptidão, identificação, atendimento e procedimentos diante de situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelos profissionais do PSF e PACS

O presente estudo encontrou semelhanças com pesquisa realizada por Almeida e colaboradores (2002) junto ao Hospital de Clínicas e à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, onde um número considerável de médicos (79,2%) e de estudantes (58,6%) julgaram-se aptos a reconhecer ou suspeitar, durante o atendimento clínico, de casos de violência contra a criança. A diferença entre o número de médicos e de estudantes foi explicada, segundo estes autores, por terem, os primeiros, maior possibilidade de contato e atendimento com tais situações estando, ainda, estes profissionais ligados às áreas de ginecologia-obstetrícia, traumatologia-ortopedia e à pediatria, consideradas portas de entrada de possíveis casos.

Quase a metade dos profissionais do PSF e PACS também se consideraram aptos a reconhecerem, além de atenderem, situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, embora sem formação ou capacitação específica. Na percepção dos próprios entrevistados, esse fato se justifica, principalmente, pelo conhecimento pessoal, ou seja, por critérios particulares, e devido às evidências físicas que acreditam, ingenuamente, estarem presentes durante o diagnóstico destas situações. Uma pequena parcela dos profissionais do PSF, no entanto, considerou ainda o comportamento da família em relação à criança e ao adolescente como um aspecto importante no reconhecimento da violência intrafamiliar. De fato, entende-se que estes profissionais estabeleceram uma relação pertinente, uma vez que, por vezes, o comportamento da família é suspeito.

Há que se destacar, portanto, que o reconhecimento de sinais identificadores é fundamental para a condução da notificação e interrupção do processo de violência, o qual envolve uma complexidade de situações que dificultam a sua interpretação; no entanto, “[...] a saúde pode ser um dos espaços propícios para a percepção dos sinais de violência doméstica emitidos pelas crianças e adolescentes, e até por seus pais” (ROSSI; PINTO e SILVA, 2005, p. 500).

Na perspectiva de que os sinais e sintomas devem ser contextualizados, através do exame e entrevista clínica, além do acompanhamento e histórico sócio-familiar, evidencia-se a necessidade dos profissionais de saúde observarem o comportamento da família, no diagnóstico dos diferentes tipos de violência, tendo como foco de atenção: a contradição na história relatada pelos pais, parentes ou responsáveis que, muitas vezes, não são condizentes com os achados clínicos (ALEXANDER, 1990; CASTRO NETO, 1994; DAVOLI; OGIDO, 1992; FREITAG et al., 1998; HYDEN; GALLAGHER, 1992; MARMO; DAVOLI; OGIDO, 1995; SBP, 2001); a passagem da criança por diversos médicos ou hospitais (DAVOLI; OGIDO, 1994; FREITAG; LAZORITZ; KINI, 1998; HYDEN; GALLAGHER, 1992); registros das imunizações, presença de fatores de risco tais como uso e abuso de substâncias psicoativas, pais jovens, solteiros etc, a forma como os pais descrevem os filhos (FREITAG; LAZORITZ; KINI, 1998); a indiferença para com a situação da criança, a resistência em fornecer dados sobre o fato, ou quando os mesmos são contraditórios (DAVOLI; OGIDO, 1994; SBP, 2001); a demora na busca por atendimento médico (DAVOLI; OGIDO, 1994; HYDEN; GALLAGHER, 1992; SBP, 2001), dentre outros.

Complementando esse raciocínio, o MS defende uma atitude de prevenção e promoção da saúde coletiva em que estabelece ser fundamental: “[...] os procedimentos de identificação

e controle de situações de risco, de acompanhamento de grupos mais vulneráveis e de articulação e diálogo com os familiares, com serviços públicos e com organizações não-governamentais que atuam na implementação de políticas sociais inclusivas e protetivas” (BRASIL, 2002b, p. 9).

Embora os dois estudos tenham ocorrido em instituições diferentes [hospital universitário, faculdade de medicina e UBSF] onde possivelmente as situações de violência se apresentam de formas distintas e tendo profissionais com perfis diversos, observa-se que o comportamento de estar apto ou não para o diagnóstico não foi, prioritariamente, baseado num conhecimento científico e específico. É evidente que algumas experiências vivenciadas no cotidiano por estes profissionais tornam-se relevantes, no entanto, são incipientes para determinarem tal aptidão. Alexander (1990) afirma que um tempo maior de atuação profissional possibilita maior aptidão, uma vez que os profissionais tendem a adquirir segurança na realização do diagnóstico deste tipo de violência; porém, quando devidamente capacitados, podem lidar com questões referentes à identificação, notificação e tratamento de forma mais eficaz.

Pediatras ligados ao departamento de pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP relataram (46%) em relação à violência na infância, que a maior dificuldade encontra-se exatamente no diagnóstico destas situações, em função muitas vezes da ausência de intercâmbio entre as diferentes áreas profissionais e setores (20%); a inadequação de uma infra-estrutura para o atendimento foi citada por 13,3%. Com menor destaque, evidenciaram ainda a falta de preparo profissional, preocupação com questões éticas e judiciais. Os mesmos ressaltaram a importância do aspecto terapêutico, do diagnóstico diferencial para que lesões decorrentes deste tipo de violência sejam diferenciadas de outras causas, e também da interdisciplinariedade do tema, onde outros profissionais como o assistente social ou órgãos especializados devem ser comunicados e envolvidos no processo (MARMO; DAVOLI; OGIDO, 1995). No presente estudo, os profissionais do PSF e PACS admitiram falta de aptidão para o reconhecimento e o atendimento deste tipo de violência, embora surpreendentemente apenas 13,3%; da mesma forma, destacaram com preocupação a falta de recursos [infra-estrutura] e de capacitação, bem como o despreparo profissional.

Em um estudo realizado, também na cidade de Campinas, junto ao setor de saúde pública sobre o reconhecimento de violência intrafamiliar perpetrada contra crianças e adolescentes, foi constatada a existência de uma predisposição por parte dos profissionais de saúde [Assistentes Sociais, Auxiliares de enfermagem, Dentistas, Enfermeiros,

Fisioterapeutas, Médicos, Psicólogos, Técnicos de enfermagem e Terapeutas ocupacionais] para identificar situações que sugerem a ocorrência de tal fenômeno. Em relação à violência física, destacaram além das lesões corporais (n=255) e hematomas (n=421) as alterações de comportamento (n=252) e o medo (n=214); esses dois últimos sinais foram também ressaltados na violência sexual (n=406; n=249, respectivamente) e psicológica (n=689; n=105, respectivamente). Quanto à negligência, sobressaíram-se a falta de higiene (n=286) e os maus-tratos físicos em geral (n=492). Assim, parecem associar os aspectos objetivos e subjetivos presentes nas diferentes modalidades de violência (ROSSI; PINTO e SILVA, 2005).

Dentre as situações apresentadas aos profissionais do PSF e PACS de Uberlândia, as mais reconhecidas como violência caracterizavam casos de abuso sexual (situações 1, 4 e 10), psicológico (situação 8) e físico (situações 3 e 9). Corroborando o estudo acima, esse dado poderia ser compreendido como uma *predisposição para a identificação* de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Porém, naquelas em que os sinais [tanto objetivos quanto subjetivos] eram bastante claros, esperava-se um reconhecimento de 100%, o que não ocorreu. Todavia, as respostas referidas pelos mesmos sugerem dificuldade de reconhecimento ou identificação do fenômeno analisado; o que é relevante. No estudo realizado por Almeida e colaboradores (2002), bem como no presente estudo, sobressaíram a violência física e a sexual.

Entre os profissionais de saúde do setor público de Campinas, que já suspeitaram, uma ou mais vezes, da ocorrência da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, observou-se, ainda, que das diversas modalidades, a física foi a mais detectada por assistentes sociais, psicólogos e médicos; a sexual por assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos; a psicológica por psicólogos, assistentes sociais e dentistas e a negligência pelos assistentes sociais, dentistas e médicos (ROSSI, 2004). É possível perceber que os assistentes sociais e psicólogos são as categorias profissionais presentes na percepção da maioria das situações, provavelmente devido à própria formação humanista que, de alguma forma, contempla esta temática e lhes dá subsídio para tal reconhecimento. Talvez seja por isso que, muitas vezes, outros profissionais delegam aos mesmos a responsabilidade pela intervenção e notificação dos casos. O ensino médico, por exemplo, é voltado para outras doenças, de forma mais ampla, então, o tema da violência nem sempre é considerado como uma entidade médica; questões referentes à sua anamnese, epidemiologia, diagnóstico, tratamento e prevenção são relegados a outras áreas, e conseqüentemente, a outros profissionais (ALEXANDER, 1990).

Freitag, Lazoritz e Kini (1998), discutindo sobre a realidade internacional, reafirmam que a medicina [especificamente a pediatria], desde a década de 60 nos EUA, constituiu *instrumento básico* para auxiliar o diagnóstico e questões legais referentes a esta problemática. Inclusive, dentro da Academia Americana de Pediatria existe um setor específico sobre abuso e negligência infantil. Na opinião das autoras, os médicos têm por função quatro papéis importantes [os quais podem ser estendidos as outras profissões]: o reconhecimento, a notificação, o tratamento e a prevenção. Defendem ainda a avaliação dos sintomas e fatores de risco, antes de qualquer conclusão, *indagação para confirmar a observação*; no entanto, a percepção de que há uma suspeita deve ser imediatamente comunicada aos serviços especializados. Em concordância com esta assertiva, Pascolat e colaboradores (2001) afirmam que “[...] a decisão de notificar não equivale à conclusão de que o abuso ocorreu” (p. 36), e no SOS Criança de Curitiba, instituição pesquisada pelos autores, o agente de maior notificação (85,8%) foi a própria comunidade [vizinhos e profissionais da área de saúde].

Deslandes (1994), no entanto, constatou, nos diferentes CRAMI do Estado de São Paulo, que os principais notificantes eram familiares, anônimos e a comunidade; os serviços de saúde representavam pequena participação (de 7% a 24%). O maior percentual era no município de São José do Rio Preto, onde o CRAMI funcionava dentro de uma unidade de saúde. A autora reforça que grande parte dos casos de violência contra crianças e adolescentes que chega até aos serviços de saúde e de educação não são reportados aos órgãos de proteção, a menos que a gravidade seja extrema. Cavalcanti (1999), observando dados do CT de Niterói, também verificou que de 128 registros de violência intrafamiliar, apenas 4 (3,1%) haviam sido notificados por profissionais de saúde, e três destes caracterizavam casos de desnutrição grave. Portanto, há uma tendência por parte destes profissionais, como da família e da sociedade em geral, em negar a violência numa atitude de não-envolvimento [*complô de silêncio*] e descrença no relato da criança, o que apenas favorece o agressor (BACKES, 1999; JUNQUEIRA, 1998; ZAVASCHI et al., 1991). Este comportamento revela, além da desinformação, o despreparo emocional [histórico de vida, defesas psicológicas etc] dos profissionais que se deparam com tais situações (BACKES, 1999; GOMES et al., 2002). Em relação à violência sexual, especificamente, Zavaschi e colaboradores (1991) afirmam que:

[...] o mecanismo de negação deriva da tentativa de se manter reprimido fantasias sádicas infantis que existem em todas as pessoas. No contato com crianças submetidas a abuso, estas fantasias infantis ficam mais próximas de se tornarem conscientes, ocorrendo, então, sentimentos de forte angústia nos

profissionais e familiares envolvidos, que tendem a negar o problema visando à diminuição de sua própria ansiedade (p. 132).

Portanto, é importante que os profissionais da saúde não estejam sozinhos, mas respaldados pela instituição em que atuam.

Gomes e colaboradores (2002) observaram, entre os profissionais de saúde da rede pública do Rio de Janeiro, que o tipo de encaminhamento adotado estava relacionado com a modalidade de violência; em algumas situações a negligência era resolvida por conta própria, enquanto a violência sexual e física reportada ao CT. Quanto à abordagem, referiram ainda o trabalho em conjunto e encaminhamentos para serviços de apoio [psicologia, por exemplo].

No presente estudo, mais da metade dos profissionais confirmou ter atendido ou conhecido situações reais durante a atuação no PSF e PACS, porém, a maioria não notificou nenhum caso, embora diante de três situações hipotéticas afirme que faria a denúncia ou a notificação; então, o procedimento na prática diverge do discurso. Sustenta ainda essa discussão o baixo número daqueles que referem o atendimento ou conhecimento de casos reais, quando, provavelmente, quase todos já estiveram frente a tais eventos. Dos profissionais entrevistados por Rossi (2004), 50% a 60% também nunca suspeitaram ou confirmaram situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. A autora, ao explicar esse dado, supõe duas hipóteses [que devem ser consideradas na presente pesquisa]: ou não estão sensibilizados para o problema ou de fato não tiveram contato com nenhum caso; vale ressaltar que as modalidades menos notificadas foram a violência psicológica e a negligência.

Por outro lado, as situações atendidas (Anexo D), pelos profissionais do PSF e PACS de Uberlândia, e que, provavelmente, muitas não chegaram a ser notificadas revelam conteúdos com nível de gravidade e atingem crianças muito pequenas, na faixa etária de zero a seis anos [considerado este um dos fatores de risco]. Aparece em maior número a negligência [que, a princípio, não foi reconhecida por alguns profissionais como violência, sendo citado, posteriormente, um grande número de casos atendidos], seguida da violência física concomitante com a psicológica. Possivelmente, esses casos foram resolvidos precariamente, de forma unilateral, sem uma atenção interdisciplinar com possibilidade da continuidade da violência [o sistema reforça então esse processo].

Os profissionais do Programa Médico da Família de Niterói, numa primeira instância, adotavam por procedimento as orientações [diálogo, conversas] com pais ou responsáveis; posteriormente, buscavam resolver os conflitos com base nos recursos locais [familiares e vizinhos que se responsabilizavam, momentaneamente, pela criança ou mesmo ONGs].

Somente, quando estas alternativas não se mostravam eficazes é que acionavam o CT (TAVARES, 2004). No estudo efetuado por Rossi (2004), a conduta mais relatada no caso de violência física foi *conversar com os colegas*, na violência sexual *conversar com a chefia imediata* e na violência psicológica bem como na negligência *conversar com a mãe da criança*. Outras alternativas, como tentar resolver no âmbito da unidade, encaminhar para outras instituições e investigar, foram também mencionadas pelos profissionais do PSF e PACS de Uberlândia, ao serem indagados sobre a conduta frente a três situações hipotéticas. Em parte, este raciocínio é correto, na medida em que se faz necessário fundamentar uma suspeita antes de encaminhá-la (FREITAG; LAZORITZ; KINI, 1998; GONÇALVES; FERREIRA, 2002; PASCOLAT et al., 2001; SBP, 2001). No entanto, tentar resolver de forma isolada a questão sem conhecimento e preparo, ou então passar o problema para frente [para outras instituições também despreparadas] são atitudes imaturas e superficiais que apenas reforçam a permanência do processo de violência.

Assim, frente a essa realidade, os profissionais encontram dificuldade em reportar os casos aos órgãos competentes, e também em assumir seu papel no sistema de proteção à infância e adolescência. Muitos fatores contribuem para essa atitude de não-notificação, entre eles o medo de represália por parte do agressor, o pré-julgamento de que não há necessidade e a desinformação sobre qual é o órgão ao qual deve comunicar o fato. O primeiro (receio de que o agressor revide) é o motivo mais preponderante entre os entrevistados para a não-notificação. Da mesma forma, no estudo realizado por Gomes e colaboradores (2002), o medo de sofrer retaliações apareceu como fator relevante entre os profissionais. Corroborando essas proposições, o motivo mais citado, pelos profissionais de saúde do setor público de Campinas, para não adotarem a conduta de notificação foi o desconhecimento de como fazê-la; perguntados ainda se iriam depor na justiça devido um caso que tenham atendido, 84,5% responderam afirmativamente, porém, dos que não iriam a justificativa alegada foi justamente o medo de sofrer represália do agressor (ROSSI, 2004). Na experiência do Ambulatório da Família do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a ameaça do agressor aos profissionais era motivo utilizado com frequência para a não-notificação; porém entre os casos atendidos sobressaía a ameaça aos familiares que levavam o fato ao conhecimento do serviço de saúde (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Os médicos (1/3) e estudantes de medicina (2/3) entrevistados por Almeida e colaboradores (2002) também disseram não ter realizado a notificação frente a casos

atendidos e, os principais fatores que os influenciaram nesta atitude foi a desinformação, o desejo de não prejudicar a vítima e o receio de se envolver em questões judiciais.

O que ocorre, de fato, é que a vulnerabilidade é grande, pela proximidade física da comunidade com o ambiente de trabalho. No caso dos ACS, agrava-se, pois além de adentrarem as residências, são também moradores da vizinhança. Como destacaram Fortes e Spinetti (2004), essa categoria serve de elo entre a equipe e a comunidade. Além disso, o PSF e o PACS podem perder a receptividade da comunidade caso sinta sua privacidade invadida, e ações mal conduzidas podem gerar um retrocesso na inserção dos programas. Contudo, tais motivos evidenciam a omissão dos profissionais nos diferentes estudos. Diante da realidade das comunidades, os programas precisam criar estratégias locais, uma vez que a transformação dessa realidade só ocorrerá pela *ação e investimento coletivo*, ressaltando ainda que os profissionais de saúde da família, exatamente pela proximidade e vínculos constituídos, são capazes de auxiliar na resolução dos conflitos familiares, promovendo formas mais saudáveis de relacionamentos, e assim desenvolver ações de prevenção de violência (CAVALCANTI, 1999). Gomes (1998) sugere a disponibilidade de redes de apoio e/ou equipes interdisciplinares para subsidiarem as ações dos profissionais.

Em um estudo realizado junto ao ambulatório de pediatria do Hospital Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro, Moura e Reichenheim (2005), através da aplicação de questionários, aferiram eventos violentos no comportamento de pais que buscavam o serviço, comparando-os posteriormente com o fluxo de casos reportados ao serviço social; o que parece ter despertado nos profissionais a necessidade de encaminhamento dos casos (n=41) foi justamente a gravidade dos mesmos. No entanto, um elevado número encontrado, através da busca ativa, não havia sido detectado pela demanda espontânea do ambulatório; de uma projeção de 124 casos graves de violência física, somente 14 foram identificados e encaminhados ao serviço de assistência social [encarregado, nesta instituição, de tomar as devidas providências]. Assim, um número expressivo de situações de violência deixou de ser percebido pelos profissionais de saúde.

Os autores discutem, ainda, sobre a precariedade do reconhecimento deste tipo de violência na atenção primária, pois no processo de detecção ocorre o que os mesmos denominam de *oportunidades perdidas* em função do subdimensionamento do problema. Ressaltam, também, vários motivos que contribuem para a dificuldade de identificação; o primeiro diz respeito à lacuna no conhecimento e formação dos profissionais, seguido de questões de ordem pessoal, do tempo reduzido de atendimento, do medo de falar sobre o

assunto e ofender, da crença de que não há recursos efetivos a serem oferecidos à vítima, da percepção de que este assunto não faz parte de suas atribuições; do sentimento de impotência e sensação de estar tocando num tema desconhecido e de difícil intervenção.

Mais do que identificar as situações de violência, os profissionais do Programa Médico da Família de Niterói destacaram a dificuldade em intervir [como agir, qual atitude tomar] nos conflitos, embora dissessem se sentir incomodados e mobilizados frente às histórias de violência nas famílias. Segundo relatos dos mesmos, tomavam conhecimento dos casos ao presenciarem ou constatarem, no consultório, lesões físicas e emocionais, bem como através dos relatos dos próprios pacientes ou por meio de informações advindas de vizinhos, familiares, outros serviços de saúde, escolas, CT e delegacia (TAVARES, 2004).

Em síntese, esses dados revelam que questões [dúvidas, receios, dificuldades, desinformação] referentes ao reconhecimento, atendimento e procedimentos em casos de violência não é privilégio apenas dos profissionais entrevistados no presente estudo, não se trata, portanto, de fato isolado. Demonstram ainda que falhas existem na formação profissional de forma geral, muitas vezes as situações passam despercebidas, pois os profissionais não estão preparados para perceber e escutar as demandas indiretas da população.

5.5 Conhecimento sobre os órgãos de notificação e conduta dos profissionais do PSF e PACS

O CT é o órgão responsável por receber a notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes, analisando a sua pertinência. Para maiores informações e esclarecimentos dialoga com a família e realiza abordagem domiciliar; ao verificar a possibilidade de riscos maiores, aciona a autoridade judiciária e o Ministério Público (MP) ou até mesmo solicita a instauração do inquérito policial com o objetivo de garantir os direitos das crianças e adolescentes (BRASIL, 2002b). “Ao contrário do que se pensa, a notificação não é uma ação policial, mas objetiva desencadear uma atuação de proteção à criança e de suporte à família” (SBP, 2001, p. 32).

Entretanto, quase a metade dos médicos e estudantes de medicina entrevistados por Almeida e colaboradores (2002) não consideraram o CT como um serviço adequado para a notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes, demonstrando a insatisfação quanto ao atendimento prestado por este órgão e a desinformação sobre as leis vigentes. Em

alguns estudos, a obrigatoriedade da notificação (CAVALCANTI, 1999), a descrença em relação à atuação do CT (CAVALCANTI, 1999; GOMES et al., 2002; PIRES et al., 2005; ROSSI, 2004) e a sua inoperância (GOMES et al., 2002; TAVARES, 2004) foram também questões apontadas pelos profissionais. Tavares (2004) destaca ainda que, no Programa Médico da Família de Niterói, em algumas situações o CT era utilizado pelo profissional como forma de ameaça para que os pais comparecessem às consultas, promovendo uma visão negativa e coercitiva do órgão. Vale ressaltar que as redes municipais de saúde e os conselhos possuem realidades bem próximas, ou seja, dificuldades na infra-estrutura, despreparo profissional e a vulnerabilidade social das famílias que buscam seus serviços (BRASIL, 2002b). Por isso, a melhor alternativa é funcionarem em parceria, unindo suas forças.

Rossi (2004) perguntou aos profissionais de saúde do setor público de Campinas sobre a resolutividade das notificações reportadas, 84,7% (422) disseram que, às vezes, há resultado, mas apenas 3,5% (17) responderam afirmativamente; na verdade demonstraram dúvidas quanto ao acolhimento prestado pelos órgãos de proteção. Entretanto, após a confirmação ou suspeita deste tipo de violência, o CT foi a primeira opção escolhida por eles.

No presente estudo, foi considerado o serviço mais apto para atender possíveis casos, inclusive diante de uma situação hipotética apresentada. Portanto, grande parte dos profissionais do PSF e PACS de Uberlândia demonstra ter conhecimento sobre o órgão de notificação em casos de suspeita ou confirmação de violência. Esse dado deve ser encarado de forma positiva. Porém, não se desdobra em ações afirmativas no contexto de notificação; muitos ainda não têm essa informação, além de citarem órgãos inexistentes e inadequados; o que corrobora e chama a atenção para a lacuna no conhecimento e formação destes profissionais, mencionada anteriormente. Nesta perspectiva, alguns questionamentos devem ser levantados: de fato sabem o que é este órgão? Qual sua função? Como é formado? Seu funcionamento? Provavelmente, não.

Assim, o conhecimento sobre qual órgão notificar parece não ter influenciado estes profissionais na comunicação dos casos atendidos; a maioria teve dificuldade em reportá-los ao CT. De certa forma, esse comportamento sugere uma desconfiança, como nos estudos citados acima, em relação à capacidade de resolutividade por parte do mesmo. Entretanto, estudo realizado por Pires e colaboradores (2005) revelou que, embora tenha sido alta a taxa de desconfiança (49; 53,26%) e de receio de sofrer penalizações legais (87; 94,57%), os profissionais [pediatras do Rio Grande do Sul] identificaram e notificaram com frequência as situações de violência contra crianças e adolescentes. Segundo os autores, a notificação estava

significativamente associada ao grau de conhecimento; muitos desenvolviam atividades profissionais há anos tanto na rede pública quanto privada.

Ao discutir sobre a notificação, no Brasil, de casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, Gonçalves e Ferreira (2002) reforçam a dificuldade dos profissionais em adotar uma conduta padrão a respeito [o que dimensiona a sua subnotificação] devido à ausência de informações básicas, ao receio de transtornos legais [questões referentes ao sigilo profissional], à especificidade dos casos, a não implementação dos CT em muitos municípios, bem como a falta de estrutura de funcionamento dos mesmos.

Especificamente em relação ao sigilo, Rossi (2004), ao revisitar os artigos que compõem os diversos códigos de ética das diferentes profissões [médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e odontólogo], conclui que “[...] embora alguns códigos não sejam objetivos e específicos na questão da violência doméstica, está implícito em seus artigos o compromisso profissional com os usuários, preferencialmente em situações graves” (p. 105).

No município de São José do Rio Preto (SP), os profissionais que mais notificaram [os da UBS Jaguaré] foram também os que mais participaram e se envolveram durante a capacitação e sensibilização para a implantação da ficha de notificação compulsória (PIRES, 2005). Segundo a autora, este dado não se explica pelo maior número de casos nesta região, e sim pela sensibilidade, cuidado na identificação e realização da notificação, adquiridos através do conhecimento.

Vários autores (ALEXANDER, 1990; BRASIL, 2002b; GOMES et al., 2002; GONÇALVES; FERREIRA, 2002; PIRES et al., 2005; ROSSI, 2004) apontam a capacitação, a aquisição do conhecimento e a qualificação da formação dos profissionais de saúde como um fator que poderá influenciar positivamente a notificação dos casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Todavia, a notificação, como um recurso de intervenção, ainda não está incluída nos procedimentos técnicos dos profissionais do PSF e PACS de Uberlândia.

5.6 Respostas dos profissionais do PSF e PACS nos diferentes tipos de questionários

No presente estudo, as palavras denúncia ou notificação não influenciaram nas respostas dos entrevistados quanto a conduta frente as situações de violência intrafamiliar

contra crianças e adolescentes. Houve dificuldade tanto para denunciar quanto para notificar os casos atendidos, o que se trata de uma falha, pois a notificação, além de compulsória (BRASIL, 1990a; 2001c), serve como controle epidemiológico da violência (GONÇALVES; FERREIRA, 2002), viabiliza um sistema de registro e possibilita a inclusão do atendimento a essas situações nas rotinas institucionais (BRASIL, 2002b). Porém, no que diz respeito a três situações hipotéticas, as quais lhes foram apresentadas, denunciariam e notificariam com elevada frequência, mas o que parece ter influenciado as respostas referidas foi a gravidade dos casos, atitude que não se manteve em relação às situações reais.

O verbo denunciar, segundo Bueno (1986), tem por significado *delatar, acusar em segredo, revelar*. Já notificar seria *participar judicialmente, dar conhecimento de, noticiar, comunicar*. E, geralmente, o primeiro é usado pelo senso comum, e em casos de informação anônima; a notificação, no entanto, faz parte do cenário de atuação de profissionais da saúde e educação (BRASIL, 2002b) como também do judiciário. Esse é o termo empregado pelo ECA para a comunicação dos casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes (ROSSI, 2004).

Possivelmente, por não estarem os profissionais do PSF e PACS ainda conscientes do seu papel e da importância dos registros e notificação dessas situações, a ética pessoal se sobreponha à ética profissional, tendo aí a semântica pouca relevância, mesmo porque a definição de notificação compulsória não está clara e bem estruturada, pois a maioria sequer conhece a portaria do MS que a preconiza ou os artigos do ECA. A impressão que fica é que para estes profissionais, essas duas palavras têm um único significado: responsabilizar-se, atitude que gera insegurança, dúvidas e que necessita da confirmação e respaldo de uma equipe de trabalho fortalecida. Esses dados reforçam a necessidade de capacitação.

Entretanto, o MS traz uma conceituação bastante abrangente sobre a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes:

[...] uma informação emitida pelo Setor Saúde ou por qualquer órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítima 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[...]. Ao registrar que houve maus-tratos, esse profissional atua em dois sentidos: reconhece as demandas especiais e urgentes da vítima; e chama o poder público à sua responsabilidade (BRASIL, 2002b, p. 14).

Diante desse tema, o MS propõe então a consolidação da criação de um sistema de notificação e atendimento, através de uma política de apoio a estes profissionais para que integrem uma rede social de proteção à infância e adolescência.

Assim como no Brasil, nos EUA, esse tipo de notificação é também obrigatória. O médico que tiver conhecimento de casos de violência contra crianças e adolescentes, e não notificá-lo estará, na maioria dos estados, cometendo contravenção grave, sendo responsabilizado civilmente por sua omissão. Esse profissional é obrigado a reportar por escrito ao estado, a suspeita ou confirmação da violência dentro de 48 horas; o formulário inclui nomes e endereços da criança ou crianças, pais, responsáveis e possíveis agressores, e também a descrição das lesões e o motivo para a notificação. A pessoa não precisa identificar-se, o sigilo protege a notificação compulsória; a lei ainda permite o registro de fotografias e radiografias sem a autorização prévia do guardião legal da criança (ALEXANDER, 1990; HYDEN; GALLAGHER, 1992). Portanto, a obrigatoriedade da notificação nessas situações, bem como sua responsabilização, é preconizada tanto na realidade nacional quanto internacional.

Em algumas regiões do País existem experiências pioneiras (BRASIL, 2002b; SBP, 2001). A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, antes mesmo que o MS estabelecesse uma portaria a respeito, foi a primeira secretaria a implementar, em 1995, uma ficha de notificação compulsória, seguida da Secretaria do Estado que adotou esse mesmo procedimento em 1999 e, criou um comitê técnico com ações voltadas para a prevenção e assistência, investindo, dessa forma na capacitação dos profissionais. Em 2000, o Estado de São Paulo, e a cidade de Curitiba definiram também a sua obrigatoriedade (BRASIL, 2002b). No município de São José do Rio Preto (SP), a Secretaria de Saúde, em 2001, propôs a normalização de todo processo de notificação, iniciando, no ano seguinte, a implantação da ficha de notificação compulsória e a capacitação dos profissionais de saúde de toda rede pública e de hospitais que atendem o SUS (PIRES, 2005). Contudo, não refletem a realidade da maioria dos estados brasileiros.

A notificação ainda constitui um desafio para muitos profissionais de saúde, e para que seja legalmente cumprida, é preciso investir na sensibilização e capacitação profissional, disponibilizando informações técnicas para o diagnóstico e intervenção, viabilizando assim o fluxo de registros e a organização dos serviços frente a este agravo (BRASIL, 2002b; MOURA; REICHENHEIM, 2005; ROSSI, 2004; SBP, 2001).

Enfim, cumpre destacar que, entre as reflexões presentes neste estudo, a hipótese básica se confirma, os profissionais da área da saúde, e mais especificamente do PSF e PACS de Uberlândia que, em suas rotinas institucionais atendem crianças e adolescentes, não possuem subsídios teóricos para o conhecimento e reconhecimento deste fenômeno. Por esta razão, ao se depararem com uma suspeita ou confirmação, não realizam a notificação devida, encontrando dificuldades quanto aos encaminhamentos legais. Por vezes, optam por acreditar no discurso adultocêntrico, negando e omitindo percepções relevantes em relação às demandas reais das crianças e dos adolescentes, e das famílias.

6 CONCLUSÕES

Conclui-se que os profissionais que atuam no PSF e PACS de Uberlândia, em sua maioria, são mulheres com predomínio de adultos jovens, demonstrando uma tendência a *feminilização* no mercado de trabalho em saúde, bem como a absorção por parte do sistema público dos recém-graduados na área. Em relação ao tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, a informação e conhecimento são obtidos de forma leiga, aleatória e superficial, sem uma sistematização de leituras científicas ou de referência. Poucos têm contato com o tema na graduação. Portanto, há uma lacuna no conhecimento e formação dos mesmos sobre a temática da violência. Os ACS são os que mais recebem informações no contexto de capacitação do PSF e PACS. Grande parte dos profissionais não está adequadamente informada, a maioria sequer conhece a Portaria 1.968 referente à notificação compulsória, preconizada pelo MS. Assim, a necessidade de capacitação é premente. Ressalta-se que os profissionais já têm a percepção deste agravo como um problema de saúde pública, demonstrando preocupação e interesse em discutir o tema.

Quanto aos aspectos teóricos, de diagnóstico e de conduta, os entrevistados encontram dificuldades em delimitar o que é ou não violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. A conceituação e os tipos não estão devidamente definidos e estruturados, o que reforça a necessidade de implementação de um processo de capacitação, pois há o risco de reprodução da violência em sua forma institucional. As violências física e psicológica são os tipos mais conhecidos por eles, sendo a negligência pouco considerada. Evidenciam, destacam e supervalorizam os danos físicos, o que sugere dificuldade em compreender a existência e coexistência dos diversos tipos de violência. Não reconhecem certos atos como violentos porque os aceitam como *naturais* nas relações de poder intrafamiliares.

O comportamento de estar apto ou não para o diagnóstico não é, prioritariamente, baseado num conhecimento científico e específico. As respostas referidas pelos mesmos sugerem dificuldade de reconhecimento e identificação do fenômeno analisado; o que é relevante. Uma pequena parcela admite e tem consciência do seu despreparo profissional, destacando com preocupação a falta de recursos [infra-estrutura] e de capacitação. Muitos profissionais atendem ou conhecem situações reais no PSF e PACS, porém, a maioria não notifica. Aparece em maior número a negligência [que, a princípio, não é reconhecida por alguns profissionais como violência sendo citado, posteriormente, um grande número de casos atendidos] seguida da violência física concomitante com a psicológica. Possivelmente,

esses casos são resolvidos de forma precária e unilateral, sem uma atenção interdisciplinar com possibilidade de continuidade da violência. O sistema então reforça esse processo.

Assim, frente à realidade encontram dificuldade em reportar os casos aos órgãos competentes, e também em assumir seu papel no sistema de proteção à infância e adolescência. No entanto, grande parte dos profissionais tem conhecimento sobre o órgão de notificação em caso de suspeita ou confirmação de violência, embora esse aspecto não os tenha influenciado na comunicação dos casos atendidos; comportamento que sugere desconfiança quanto a capacidade de resolutividade por parte do CT. As palavras denúncia ou notificação não os influenciam nas respostas quanto a conduta frente às situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. O medo de represália por parte do agressor, o pré-julgamento de que não há necessidade e a desinformação sobre qual órgão comunicar o fato são fatores que contribuem para a atitude de não-notificação. Todavia, a notificação, enquanto recurso de intervenção, não é incluída nos procedimentos técnicos dos profissionais do PSF e PACS de Uberlândia.

Quanto às características gerais do programa, pode-se concluir que a configuração das ESF, em Uberlândia, segue principalmente o modelo biomédico de atenção à saúde, com a ausência de importantes categorias profissionais e de equidade entre as já existentes, contradizendo a integralidade, princípio básico do PSF e do SUS. Desta forma, o programa está pautado no modelo de 1994 de implantação do PSF. Portanto, há a necessidade de inclusão de outras especialidades e saberes, através da ampliação da equipe multidisciplinar.

7 COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.

Guimarães Rosa

Na maioria das vezes, a vitimização é silenciosa, camuflada e confunde. O adulto nega, então a voz da criança procura alguém que a reconheça. Algo aconteceu, mas é segredo de família: *esquece menino!, não conta pra ninguém!, não vamos falar mais neste assunto!* A criança fica confusa, quer respostas: *o que aconteceu? Será que foi somente eu que vivi, que vi? Se ninguém fala no assunto é porque não ocorreu?* Essa realidade cinde, esquizofreniza.

Tendo por perspectiva o enfrentamento dessas situações e também de seus silêncios, o presente estudo constituiu apenas um dos muitos olhares que se pode direcionar a compreensão do fenômeno da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. A partir deste, tantos outros podem surgir, considerando que a realidade se modifica a todo o momento, é dinâmica, dialética. Embora a literatura e o trabalho das instituições apontem uma série de indicadores que auxiliam no esclarecimento deste tipo de violência, é ainda um tema pouco explorado cientificamente em nossa sociedade, havendo carência no âmbito da pesquisa.

Segundo Guerra (1998), poderia ser considerado como um dos temas *malditos*, pois há restrições quanto à sua discussão pública, ele coloca em pauta as contradições existentes nas relações familiares como um todo refutando, assim, o mito da *sagrada família*. Família esta que ao invés de cuidar, de proteger, viola, tolhe...Um outro mito posto em discussão [quem sabe até desfeito] é o da infância feliz; lugar de alegrias e sossego conforme o imaginário coletivo, mas, na verdade, permeado por profundos sofrimentos (ABRAMOVICH, 1983). Portanto, coloca aos pesquisadores e aos próprios profissionais o desafio de conhecer essa dinâmica familiar mais de perto observando a existência de tal fenômeno, de romper com o silêncio e com a crença de que certos assuntos são privados, pertencem e devem ser resolvidos pelo próprio grupo familiar [em briga de família não se deve meter a colher] enfim, de enfrentarmos essa realidade de frente, através da notificação das famílias, vislumbrando a

possibilidade de efetivação de uma rede de proteção e intervenção à infância e adolescência. Cabe lembrar, que ainda se tem uma visão do agressor, principalmente no caso da violência sexual, como alguém de outra esfera que não a humana, dando ênfase apenas à penalização. Mas de nada adianta somente punir; esse indivíduo, fruto desta sociedade, necessita ser compreendido e, se possível, tratado. Não se pode perder de vista o adulto não-agressor, pois segundo Moreno (1978), todo papel tem um contra-papel. Essas reflexões convidam as pessoas a pensarem na necessidade de integrar a atividade científica à responsabilidade social.

A violência não é, de forma alguma, um fenômeno natural, mas socialmente construído e reproduzido. Portanto, pode ser modificada e prevenida.

Isto posto, uma conceituação explícita, a nível filosófico, ético e político, sobre a violência na infância e adolescência é de fundamental importância, pois irá influenciar a maneira como crianças e adolescentes serão concebidos e tratados pelas diferentes instituições. Daí, a importância de pesquisas como esta que podem esclarecer os profissionais de saúde e de outras áreas, como também a própria comunidade.

Em relação ao processo de intervenção, faz-se necessário reconhecer que, diante da multicausalidade e complexidade do fenômeno da violência, e ainda das relações familiares onde ocorre, somente uma abordagem interdisciplinar trará resultados efetivos (AZEVEDO; GUERRA, 2005; BRASIL, 2002b; DESLANDES, 1994; SBP, 2001). Nenhuma área do conhecimento, por si só, é capaz de compreender e dar soluções ao problema. O setor da saúde vem sendo, cada vez mais, chamado a contribuir com respostas a seu enfrentamento (MINAYO, 2004a; MOURA; REICHENHEIM, 2005), não apenas na identificação, diagnóstico e tratamento, mas, sobretudo na prevenção deste agravo. Para isto, é preciso ter profissionais devidamente informados e capacitados.

A construção de uma rede de atenção e intervenção efetiva passa, necessariamente, pela questão da formação profissional. Portanto, exige uma equipe de trabalho esclarecida, fortalecida, e em constante interação com outras áreas e serviços, sem que um ou outro tenha maior importância:

A construção de uma rede significa que os integrantes se ligam horizontalmente a todos os demais, diretamente ou por meio do que os cercam. O conjunto resultante é como uma malha de múltiplos fios, que pode se espalhar indefinidamente para todos os lados, sem que nenhum de seus nós possa ser considerado principal ou central, nem representante dos demais (BRASIL, 2002b, p. 30).

A partir de toda discussão realizada neste estudo a respeito da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, considera-se que há vários pontos de estrangulamento na rede de intervenção local:

- primeiramente, o tema é delegado à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, tendo pouca visibilidade e ação em outras secretarias como, por exemplo, na saúde;
- falta interação e diálogo entre os Conselhos Tutelares e a rede municipal de saúde [e vice-versa];
- não existe, de fato, um sistema de notificação estruturado;
- os profissionais desconhecem a existência ou mesmo as atribuições de determinados serviços de proteção à infância e adolescência;
- no caso específico da Secretaria Municipal de Saúde, alguns conhecimentos ficam centralizados, e não são organizados e repassados de forma sistemática aos demais profissionais [manuais oficiais do MS, a própria ficha de notificação compulsória, etc];
- há um subdimensionamento do problema e fragilidade, por parte do setor saúde, quanto ao atendimento dos casos.

Contudo, sugere-se a criação, urgente, de um sistema de notificação com a implementação da ficha de notificação compulsória, preconizada pelo MS em 2001; a sensibilização e capacitação de todos os profissionais de saúde da família [vale lembrar que há dois anos, em parceria com a prefeitura, a Universidade realiza o projeto de capacitação continuada, incluindo o tema da violência em suas discussões, mas contempla apenas os profissionais de nível superior]; a realização de debates permanentes sobre o tema com profissionais de saúde e com os demais que, em suas rotinas institucionais, atendem crianças e adolescentes [Ministério Público, Vara da Infância e da Juventude, Universidade Federal de Uberlândia, Prefeitura Municipal de Uberlândia, Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, Núcleo de Estudo e Pesquisa em Trauma, Acidente e Violência (NEPTAV), Centro de Referência de Violência e de Segurança Pública (CEVIO), dentre outros], bem como a articulação de uma equipe especializada que seja referência e visite, sistematicamente, as UBSF para discussões e encaminhamentos dos casos, ou que auxilie as equipes, num primeiro momento, na organização dos serviços para que, posteriormente, tenham autonomia para reconhecer, diagnosticar, notificar e tratar situações de violência intrafamiliar envolvendo crianças e adolescentes. Ressalta-se,

ainda, a necessidade de se colocar em pauta esse assunto durante atividades educativas e de prevenção, realizadas junto às famílias.

Por fim, vale reforçar que o PSF é, sem dúvidas, um importante instrumento no enfrentamento da problemática estudada.

REFERÊNCIAS*

ABRAMOVICH, F. (Org.). **O Mito da Infância Feliz**: antologia. 2. ed. São Paulo: Summus, 1983. 150p.

ALEAGA, M. A.; BERNAL, I. L.; GOMEZ, M. T. O. Comportamiento de la violencia intrafamiliar. **Revista Cubana Medicina General Integral**, Ciudad de La Habana, v.15, n.3, p. 285-292, jun. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 06 dez. 2001.

ALEXANDER, R. C. Educação do médico sobre abuso da criança. In: REECE, R. M. (Org.). **Clínicas Pediátricas da América do Norte**. Abuso da Criança. Rio de Janeiro: Interlivros, 1990. v. 4, p. 1053-1072.

ALMEIDA, A. N. de; NOVO, H. A. Conselho tutelar: possibilidade de exercício da cidadania. In: SOUZA, L. de; TRINDADE, Z. A. (Org.). **Violência e exclusão**: convivendo com paradoxos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 119-131.

ALMEIDA, C. F. N. et al. Violência contra a criança e o adolescente: aspectos éticos e legais do conhecimento e conduta de médicos e estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 5. **Anais...** Curitiba: [s.n.], 2002. Publicado também na Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo, v.1, p. 443 - 443. Suplemento especial.

AMAZARRAY, M. R.; KOLLER, S. H. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.11, n.3, p. 559-578, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27 fev. 2001.

ANDRADE, L. O. M. de et al. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE**, Fortaleza, Ceará, ano 5, n.1, p. 09-20, jan./mar. 2004.

ARAÚJO, A. **Violência contra crianças e adolescentes: aspectos relativos aos atendimentos do Hospital de Clínicas de Uberlândia e do Centro de Referência à Infância e Adolescência Vitimizada**. 2005. 118f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.

ARAÚJO, M. R. N. de. **A Saúde da Família: construindo um novo paradigma de intervenção no processo Saúde-Doença**. 1999. 141f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

*Foram seguidas as Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) de 2005.

- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. 279p.
- ASSIS, A. M. O. et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 15, n. 3, p. 255-266, set./dez. 2002.
- ASSIS, S. G. de. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 126-134, 1994. Suplemento 1.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. (Org.) **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu, 1989. 211p.
- _____. **Mania de bater**. A punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil. São Paulo: Iglu, 2001. 397 p.
- _____. **Infância e violência doméstica**: apostila do curso de especialização – módulos 1 A/B e 2 A/B. São Paulo: LACRI/USP, 2005. p. 7-96.
- BACKES, D. L. **Indicadores de maus-tratos em crianças e adolescentes para o uso na prática de enfermagem**. Porto Alegre, jul. 1999. Disponível em: <<http://www.perincias-forenses.com.br>>. Acesso em: 07 maio 2001.
- BATTAGLIA, L. (Org.). Luta pela garantia dos direitos: sistema de informação. **Cadernos CBIA**, Brasília, p. 19-33, [1998?].
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8069, de 3 de julho de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 jul. 1990a.
- _____. Senado Federal. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, DF: Subsecretaria de informações. 28 dez. 1990b.
- _____. Senado Federal. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: Subsecretaria de informações. 19 set. 1990c.
- _____. Ministério da Saúde. NOB-SUS 01/96. Portaria Nº 1.742/1996. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 06 nov. 1996.
- _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 24. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2000a.
- _____. Ministério da Saúde. **Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil**: relatório final (Região Sudeste). Coordenado por Maria Helena Machado. Brasília, DF, 2000b. 90p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviços. Brasília, DF, 2001a.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737, de 18 de maio de 2001. Ementa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 de maio 2001b. Seção 1E.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 out. 2001c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001d. 128p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2002a. p. 11-42.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília, DF, 2002b. 48p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil, monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família: 2001-2002**. Coordenação de Eronildo Felisberto. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: set. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e a Saúde da Família**. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 10 jul. 2006a.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: maio 2006b.

_____. Ministério Da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: jun. 2006c.

BEZERRA, S. de C. Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral. In: LIMA, C. A. (Org.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004, p. 17-22.

BILAC, E. D. Família: algumas inquietações. In: CARVALHO, M. do C. B. de. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 2003. p. 29-38.

BRINGIOTTI, M. I. **La escuela ante los niños maltratados**. Buenos Aires: Paidós, 2000.

BUENO, F. da S. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: FAE, 1986. 1263p.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T. de. Atenção Básica e Reforma Curricular. In: NEGRI, B. et al. **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: UNICAMP, 2002. p. 91-99.

CARIOLA, T. C. et al. A posição da criança vítima de maus-tratos na constelação familiar. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v.31, n.2, p. 158-162, 1995.

CARNEIRO, M. **Jornal da PUC Minas**, Belo Horizonte. n. 273, p.4, mar. 2006.

CASTRO NETO, A. A criança maltratada. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v.30, n.2, p. 219-227, abr. 1994.

CAVALCANTI, M. de L. T. Prevenção da violência na perspectiva dos profissionais de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 193-200, 1999.

CARVALHO, M. do C. B. de. O lugar da família na política social. In: _____(Org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 2003. p. 15-22.

CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. décima revisão. São Paulo: EDUSP, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986. **Anais...** Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

COPQUE, H. L. F.; TRAD, L. A. B. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois municípios da Bahia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Salvador, v. 14, n. 4, p. 223-233, 2005.

COSTA NETO, M. M. da. (Org.) **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. 44 p.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organizações de serviços. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999. 133 p.

CHRISTIAN, C. W. et al. Pediatric injury resulting from family violence. **Pediatrics**, Philadelphia, v.99, n.2, p.8, 1997. Disponível em: <<http://www.pediatrics.org>>. Acesso em: 14 nov. 2004.

CUKIER, R. **Sobrevivência emocional**: as dores da infância revividas no drama adulto. São Paulo: Agora, 1998. 117p.

DAVOLI, A.; OGIDO, R. A negligência como forma de violência contra a criança e a importância da atuação médica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 11/12, p. 405-408, 1992.

DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. Violência Doméstica e Comunitária. In: CONTINI, M. de L.; BARROS, M. N. dos S. **Adolescência e psicologia**: concepções práticas e reflexões críticas. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2002. p. 85-91.

DELGADO, L. F.; FISBERG, M. SIBE: síndrome do bebê espancado. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 111-116, jul. 1990.

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

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

DIRANI, M.; FONSECA, N.; DIRANI, C. C. Maus tratos na infância. Análise de 122 casos. **Revista Médica Santa Casa**, Porto Alegre, v.1, n.1, p.84-88, 1989.

ESCOREL, S. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde, 2002. 228p. Relatório final.

ERICKSON, M. J.; HILL, T. D.; SIEGEL, R. M. Barriers domestic violence screening in the pediatric setting. **Pediatrics**, Boston, Massachusetts, v. 108, n.1, p. 98-102, July 2001.

FERRARI, D. C. A. A vitimização física e sexual na família e o papel da instituição. **Caderno de Psicodrama**, São Paulo, v. 1, p. 103-110, 1990.

_____. Visão histórica da infância e a questão da violência. In: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Agora, 2002. p. 23-56.

FERREIRA, A. L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, p. 173-80, 2005. Suplemento 5.

FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 659-665, dez. 2000.

FRANCO, A. L. e S.; BASTOS, A. C. de S.; ALVES, V. S. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 246-255, jan./fev. 2005.

FREITAG, R.; LAZORITZ, S.; KINI, N. Aspectos psicossociais do abuso da criança para os pediatras de assistência primária. In: HENNES, H.; CALHOUN, A. D. Violência entre crianças e adolescentes. **Clínicas Pediátricas da América do Norte**, Rio de Janeiro: Interlivros, 1998. v. 2, p. 141-154.

FONSECA, J. **Psicodrama da loucura**. São Paulo: Agora, 1998. 139p.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, set./out. 2004.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 1994. 20p.

FURNISS, T. **Abuso sexual da criança**. Uma abordagem multidisciplinar, manejo, terapia e intervenção legal integrados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 337p.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005.

GOMES, R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbi-mortalidade de crianças vítimas de violência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 301-311, abr./jun. 1998.

GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. da; NJAINE, K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 171-181, 1999.

GOMES, R. et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 275-283, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 set. 2003.

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

GUERRA, V. N. **Violência de pais contra filhos**: a tragédia revisitada. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998. 262. p.

HYDEN, P. W.; GALLAGHER, T. A. Intervenção no abuso infantil no setor de emergência. In: DIMAIO, A. M. Emergência em pediatria. **Clínicas Pediátricas da América do Norte**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1992. v. 5, p. 1103-1131.

JUNQUEIRA, M. F. Abuso sexual da criança: contextualização. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 34, n. 7, p. 432-436, jul. 1998.

KORN, G. P. et al. Síndrome dos maus-tratos em crianças. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 34, n. 8, p.455-460, 1998.

MACHADO, K. Em defesa da criança e do adolescente. **Revista RADIS**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 8-11, abr. 2006.

MACHADO, M. H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil – 1970/80. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 449-465, out./dez. 1986.

MARMO, D. B.; DAVOLI, A.; OGIDO, R. Violência doméstica contra a criança (parte 1). **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 6, p. 313-316, 1995.

MENA, F. Mãe lidera ranking da violência infantil. **Jornal Folha de São Paulo**, São Paulo, 22 de jun. 2005. Folha Cotidiano, p. C1.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 299 p.

- MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. Saúde e violência na infância e na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.70, n. 5, p. 263-266, 1994.
- MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. È possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.
- MINAYO, M. C. de S. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 23-47.
- _____. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 646-647, maio/jun. 2004a.
- _____. Contextualização do Debate sobre Violência contra Crianças e Adolescentes. In: LIMA, C. A. (Org.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. p. 13-16.
- MORENO, J. L. **Psicodrama**. 2. ed. São Paulo: Cultrix, 1997. 492p.
- MOURA, A. T. M. de.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1124-1133, jul./ago. 2005.
- MOTT, M. L. Revendo a história da enfermagem em São Paulo (1890-1920). **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 13, p. 327-355, 1999.
- MUZA, G. M. A criança abusada e negligenciada. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, p. 56-60, 1994.
- NEWTON, C. J. Domestic violence: na orverview. **TherapistFinder.net Mental Health Journal**. Feb. 2001. Disponível em: <<http://therapistfinder.net/journal>>. Acesso em: jan. 2006.
- NEVES, A. S. **A violência física de pais e mães contra filhos: cenários, história e subjetividade**. 2004. 270f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- NJAINE, K.; MINAYO, M. C. de S. Análise do discurso da imprensa sobre rebeliões de jovens infratores em regime de liberdade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 285-297, 2002.
- NORONHA, A. B. de. Graduação: é preciso mudar. Transformações dependem de políticas de Educação e de Saúde. **RADIS**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 9-16, dez. 2002.
- OLIVEIRA-FORMOSINHO, J.; ARAÚJO, S. B. Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 28, n. 2, p.87-103, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 set. 2003.

PALÁCIOS, J. Breve histórico Social da Infância e da Adolescência. In: COLL, C.; PALÁCIOS, J.; MARCHESI, A. (Org.). **Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva**. Tradução de Francisco Franke Settineri e Marcos A. G. Domingues. Porto Alegre: Artes Médicas: 1995. v. 1, p. 10-12.

PASCOLAT, G. et al. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 1, p. 35-40, 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-109, fev. 2001.

PIRES, A. L. D. **Avaliação das notificações compulsórias de suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes do município de São José do Rio Preto**. 2005. 90f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto FAMERP, São José do Rio Preto, 2005.

PIRES, J. M. et al. Barreiras para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, jan./mar. 2005.

PINTO JÚNIOR, A. A. **Violência sexual doméstica contra meninos: um estudo fenomenológico**. São Paulo: Vetor, 2005. 203p.

RABELLO, S. B.; GODOY, C. V.; PADILHA, W. W. N. Por que a Odontologia se transformou numa profissão de mulheres? **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p.118-123, mar./abr. 2000.

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, M. do C. B. de. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 2003. p. 73-8.

ROSSI, D. **Notificação Da Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes (Procedimentos dos profissionais de Saúde do setor público de Campinas, SP)**. 2004. 130f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

ROSSI, D.; PINTO e SILVA, J. L. Indicadores da violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 14, n. 6, p. 495-502, nov./dez. 2005.

RONZAN, T. M.; RIBEIRO, M. S. Práticas e crenças do médico de família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 190- 197, set./dez. 2004.

SAFFIOTI, H. I. B. O advento do Capitalismo e a posição social da mulher. In: SAFFIOTI, H. I. B. **A mulher na sociedade de classes**. Mito e realidade. São Paulo: Livraria Quatro Artes, 1969. p.29-71.

SANCHEZ, R.; MINAYO, M. C. de S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: LIMA, C. A. (Org). **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 29-38.

SANEMATSU, M. **A cobertura da mídia sobre a violência contra mulheres.** 2005. Disponível em: <<http://www.violenciamulher.org.br/>>. Acesso em: abr. 2006.

SANTANA, J. P. de. Reflexões sobre a formação médica para o Programa de Saúde da Família. **Revista da Associação de Saúde Pública**, Piauí, Teresina, v. 2, n. 1, p. 84-86, jan./jun. 1999.

SANTOS, M. de F. de S. Representações sociais e violência doméstica. In: SOUZA, L. de; TRINDADE, Z. A. (Org.). **Violência e Exclusão: convivendo com paradoxos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 132-145.

SARTI, C. A. Família e individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO, M. do C. B. de. **A família contemporânea em debate.** São Paulo: Cortez, 2003. p.39-49.

SEABRA, A.; NASCIMENTO, H. M. Abuso Sexual na infância. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 34, n. 7, p.395-415, 1998.

SILVA, E. **O papel da mídia no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes.** Disponível em: <<http://www.caminhos.ufms.br/>>. Acesso em: abr. 2006.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. 40p.

SOUZA, E. R. de; MELLO JORGE, M. H. P. de. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: LIMA, C. A. (Org.). **Violência faz mal à saúde.** Brasília, DF, 2004. p.23-28.

SOUZA, M. F. de. **A cor-age do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2001. 158p.

SPOSATI, A. O novo marco legal do terceiro setor. In: **Revista Síntese**, Brasília, DF, p. 20-22, 2000.

SZYMANSKI, H. Teorias e “teorias” de famílias. In: CARVALHO, M. do C. B. de. **A família contemporânea em debate.** São Paulo: Cortez, 2003. p. 23-38.

TAVARES, M. de L. Abordagem da violência intrafamiliar no Programa de Saúde da Família. In: LIMA, C. A. (Org.). **Violência faz mal à saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 205-207.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF, v. 5, n. 7, p. 10-23, 2004.

WALDMAN, E. A.; MELLO JORGE, M. H. de. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 71-79, 1999.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Informativo Interno da Secretaria Municipal de Saúde. Boletim Mensal do Conselho Municipal de Saúde. Jornal da Saúde**, Uberlândia, ano 1, n. 6, out. 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Instituto de Economia. Centro de Estudos, Pesquisas e Projetos Econômicos-Sociais. **Uberlândia**: painel de informações municipais – 2005. Uberlândia, jun. 2005. 94p. Disponível em: <<http://www.ie.ufu.br/cepes>>. Acesso em: maio 2006.

VEIGA, E. Q. O.; BATISTA, N. A. Undergraduate teaching of pediatrics in medical schools of the state of do Rio de Janeiro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, p. 115-20, 2006.

ZAVASCHI, M. L. S. et al. Abuso sexual em crianças: uma revisão. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3/4, p. 130-136, 1991.

Anexo A – Formulário de coleta de dados: Questionário 1 (denúncia)**Identificação do sujeito da pesquisa**

Equipe de Saúde do PSF N° ____ Bairro: _____.

Sexo M () F () Idade _____ anos, Profissão/ocupação _____.

1. Há quanto tempo atua na equipe do PSF?

_____ ano _____ meses.

2. Você já leu (estudou) sobre violência intrafamiliar contra crianças e/ou adolescentes?

() Não () Sim O que? _____.

3. Já assistiu alguma aula ou palestra sobre esse tema?

() Não () Sim Qual(is)? _____.

4. Para você, o que é violência intrafamiliar contra crianças e/ou adolescentes?

5. Quais são os tipos de violência intrafamiliar contra crianças e/ou adolescentes que você conhece?

6. Você se considera apto (a) a atender ou reconhecer uma situação de violência intrafamiliar contra crianças e/ou adolescentes?

() Não ____ () Sim _____ Por que? Como? _____.

() Em termos _____.

7. Das situações abaixo, quais você considera estarem caracterizadas como violência contra crianças e/ou adolescentes?

Mãe solteira, em troca de auxílio financeiro, autoriza a filha de 15 anos a residir, desde os 8 anos, com um homem então com 60 anos, divorciado. A adolescente, no momento do atendimento psicológico, referiu desejar viver com a mãe.

() Sim () Provavelmente sim () Pode ser () Não

Se houve violência quem a praticou?

() O homem () A mãe () O homem e a mãe () a filha () a mãe e a filha () todos os três

Adolescente de 17 anos com vida sexual ativa e suspeita de gravidez.

() Sim () Provavelmente sim () Pode ser () Não

Criança de 2 anos apresenta-se para consulta, levada pela tia, com fraturas de ossos longos em várias fases de evolução.

() Sim () Provavelmente sim () Pode ser () Não

Pai assiste a filme pornográfico na companhia da filha de 6 anos.

() Sim () Provavelmente sim () Pode ser () Não

Criança de 10 anos que tem dificuldade de aprendizagem e/ou de relacionamento na escola.

() Sim () Provavelmente sim () Pode ser () Não

Durante a anamnese, a mãe descreve, na presença do filho de 9 anos, que este não aprende nada, nunca vai aprender e por isso está repetindo pela 3ª vez a mesma série.

() Sim () Provavelmente sim () Pode ser () Não

Uma criança, de 8 anos, que tem por hábito furtar objetos dos colegas da escola. Em casa, quando questionado, freqüentemente omite o fato dizendo ter encontrado os mesmos no caminho. O pai lhe impõe, como castigo, duas semanas sem sair de casa para brincar.

Sim Provavelmente sim Pode ser Não

Pai diz ao filho, de 10 anos, que ele é o culpado pelas dificuldades em seu relacionamento conjugal.

Sim Provavelmente sim Pode ser Não

Uma criança de 9 anos com múltiplas cicatrizes lineares nas costas e nas nádegas e lesões semelhantes, com o mesmo formato, dolorosas e vermelhas.

Sim Provavelmente sim Pode ser Não

Uma criança de 4 anos, cuidada pelo padrasto enquanto a mãe trabalha, tem por costume masturbar-se, solicitar aos adultos estimulação sexual e, durante as brincadeiras introduzir objetos no próprio ânus.

Sim Provavelmente sim Pode ser Não

Adolescente de 16 anos é encaminhada, pelos pais, ao serviço de Saúde Mental por apresentar insônia, alucinações e confusão mental.

Sim Provavelmente sim Pode ser Não

Uma criança de 3 anos que foi atropelada em frente à sua residência.

Sim Provavelmente sim Pode ser Não

A mãe, freqüentemente, deixa as crianças menores de 4 anos, em casa dormindo à noite, sem nenhum responsável.

Sim Provavelmente sim Pode ser Não

Mãe coloca esparadrapo, durante o período noturno, no dedo da filha de 6 anos para que ela não o chupe.

Sim Provavelmente sim Pode ser Não

8. Durante sua intervenção junto às famílias do PSF, diante das seguintes situações, qual seria a sua conduta?

Situação 1: "Uma criança de 4 anos está sob a guarda do pai. O mesmo trabalha a maior parte do dia, e não tem tempo para dar atenção ao filho. Na ausência deste, a criança fica sob os cuidados da madrasta que, durante sua visita ao domicílio, você a observa repreendê-la verbalmente e severamente, obrigando-a a chamá-la de mãe."

denunciaria aos órgãos competentes. Porque? _____
 _____ Qual? _____

Não denunciaria aos órgãos competentes. Porque? _____

Outra opção _____

Situação 2: "O padrasto é alcoolista e abusa sexualmente de sua enteada, uma adolescente de 16 anos que apresenta deficiência mental; além de agredir fisicamente os filhos, de 7 e 9 anos, obrigando-os a ir ao bar comprar bebida alcóolica."

denunciaria aos órgãos competentes. Porque? _____

Qual? _____.

() Não denunciaria aos órgãos competentes. Porque? _____.

() Outra opção _____.

Situação 3: " O próprio pai, alcoolista e pertencente a uma quadrilha de traficantes, abusa sexualmente de suas filhas de 14 e 15, obrigando-os a ir ao bar comprar bebida alcóolica".

() denunciaria aos órgãos competentes. Porque? _____.

_____ Qual? _____.

() Não denunciaria aos órgãos competentes. Porque? _____.

() Outra opção _____.

9. Em sua atuação na equipe do PSF, já atendeu ou teve conhecimento de situações de violência intrafamiliar contra crianças e/ou adolescentes?

() Não () Sim Qual(is)? _____.

10. Se já atendeu, qual o seu procedimento?

() denunciei todos os casos

() não denunciei nenhum

() denunciei alguns (critérios) _____.

11. Que fatores o influenciaram na decisão de não denunciar os casos de violência atendidos? (marque quantas quiser)

() Por não achar necessário

() Por falta de tempo

() Por não ter sido informado qual órgão competente

() Por receio de represália

() Por receio de causar prejuízo ao agressor maior do que ele merece

() Por não querer se envolver em questões judiciais

() Por não querer invadir ou expor a privacidade das famílias

() Outros _____.

12. Frente a uma suspeita ou confirmação de violência contra crianças e/ou adolescentes, qual(is) você julga ser o(s) melhor(es) órgão(s) para atender às denúncias?

13. Qual a sua opinião sobre a Portaria do Ministério da Saúde (Nº 1.968) referente a conduta dos profissionais diante de situações de maus-tratos contra crianças e adolescentes ?

_____.

() Não conheço

() Não me lembro

14. Você já leu o Estatuto da Criança e do Adolescente?

() Não () Sim

O que você achou de mais importante ou interessante neste estatuto?

15. Qual ou quais órgão(s) você julga estar(em) apto(s) a atender e dar soluções a seguinte situação: "Um homem com então 50 anos, separado da esposa, pede a sua sobrinha, adolescente de 14 anos, para lhe auxiliar nas tarefas domésticas. A adolescente passa a freqüentar diariamente a sua residência, recebendo semanalmente o valor de dez reais. Certa ocasião, a mesma aparece grávida deste tio."

- Polícia Militar
- Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente
- Delegacia Adjunta da Infância e da Juventude
- Serviço de Assistência Social
- Ministério Público
- Vara da Infância e Juventude
- SOS Criança
- Centro de Referência à Infância e Adolescência Vitimizada
- Secretaria de Saúde
- Outro _____.

16. Você tem interesse em dispor parte do seu tempo para obter informações (palestras e aulas) sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes?

- Não Sim Somente se for no horário do trabalho Outros.

Porque? _____

17. Qual(is) forma(s) você julga ser(em) adequada(s) para obter informações sobre essa temática?

- Palestra
- Aula
- Grupo de estudo
- Mini-Curso
- Jornada de estudos
- Encontros sistematizados com profissionais especializados
- Supervisões sistematizadas

Data: ___/___/___.

Anexo B – Formulário de coleta de dados: Questionário 2 (notificação)**Identificação do sujeito da pesquisa**

Equipe de Saúde do PSF N° ____ Bairro: _____.

Sexo M () F () Idade _____ anos, Profissão/ocupação _____.

1. Há quanto tempo atua na equipe do PSF?

_____ ano _____ meses.

2. Você já leu (estudou) sobre violência intrafamiliar contra crianças e/ou adolescentes?

() Não () Sim O que? _____.

3. Já assistiu alguma aula ou palestra sobre esse tema?

() Não () Sim Qual(is)? _____.

4. Para você, o que é violência intrafamiliar contra crianças e/ou adolescentes?

5. Quais são os tipos de violência intrafamiliar contra crianças e/ou adolescentes que você conhece?

6. Você se considera apto (a) a atender ou reconhecer uma situação de violência intrafamiliar contra crianças e/ou adolescentes?

() Não ____ () Sim _____ Por que? Como? _____.

() Em termos _____.

7. Das situações abaixo, quais você considera estarem caracterizadas como violência contra crianças e/ou adolescentes?

Mãe solteira, em troca de auxílio financeiro, autoriza a filha de 15 anos a residir, desde os 8 anos, com um homem então com 60 anos, divorciado. A adolescente, no momento do atendimento psicológico, referiu desejar viver com a mãe.

() Sim () Provavelmente sim () Pode ser () Não

Se houve violência quem a praticou?

() O homem () A mãe () O homem e a mãe () a filha () a mãe e a filha () todos os três

Adolescente de 17 anos com vida sexual ativa e suspeita de gravidez.

() Sim () Provavelmente sim () Pode ser () Não

Criança de 2 anos apresenta-se para consulta, levada pela tia, com fraturas de ossos longos em várias fases de evolução.

() Sim () Provavelmente sim () Pode ser () Não

Pai assiste a filme pornográfico na companhia da filha de 6 anos.

() Sim () Provavelmente sim () Pode ser () Não

Criança de 10 anos que tem dificuldade de aprendizagem e/ou de relacionamento na escola.

() Sim () Provavelmente sim () Pode ser () Não

Durante a anamnese, a mãe descreve, na presença do filho de 9 anos, que este não aprende nada, nunca vai aprender e por isso está repetindo pela 3ª vez a mesma série.

() Sim () Provavelmente sim () Pode ser () Não

Uma criança, de 8 anos, que tem por hábito furtar objetos dos colegas da escola. Em casa, quando questionado, freqüentemente omite o fato dizendo ter encontrado os mesmos no caminho. O pai lhe impõe, como castigo, duas semanas sem sair de casa para brincar.

Sim Provavelmente sim Pode ser Não

Pai diz ao filho, de 10 anos, que ele é o culpado pelas dificuldades em seu relacionamento conjugal.

Sim Provavelmente sim Pode ser Não

Uma criança de 9 anos com múltiplas cicatrizes lineares nas costas e nas nádegas e lesões semelhantes, com o mesmo formato, dolorosas e vermelhas.

Sim Provavelmente sim Pode ser Não

Uma criança de 4 anos, cuidada pelo padrasto enquanto a mãe trabalha, tem por costume masturbar-se, solicitar aos adultos estimulação sexual e, durante as brincadeiras introduzir objetos no próprio ânus.

Sim Provavelmente sim Pode ser Não

Adolescente de 16 anos é encaminhada, pelos pais, ao serviço de Saúde Mental por apresentar insônia, alucinações e confusão mental.

Sim Provavelmente sim Pode ser Não

Uma criança de 3 anos que foi atropelada em frente à sua residência.

Sim Provavelmente sim Pode ser Não

A mãe, freqüentemente, deixa as crianças menores de 4 anos, em casa dormindo à noite, sem nenhum responsável.

Sim Provavelmente sim Pode ser Não

Mãe coloca esparadrapo, durante o período noturno, no dedo da filha de 6 anos para que ela não o chupe.

Sim Provavelmente sim Pode ser Não

8. Durante sua intervenção junto às famílias do PSF, diante das seguintes situações, qual seria a sua conduta?

Situação 1: "Uma criança de 4 anos está sob a guarda do pai. O mesmo trabalha a maior parte do dia, e não tem tempo para dar atenção ao filho. Na ausência deste, a criança fica sob os cuidados da madrasta que, durante sua visita ao domicílio, você a observa repreendê-la verbalmente e severamente, obrigando-a a chamá-la de mãe."

notificaria aos órgãos competentes. Porque? _____.

_____ Qual? _____.

Não notificaria aos órgãos competentes. Porque? _____.

Outra opção _____.

Situação 2: "O padrasto é alcoolista e abusa sexualmente de sua enteada, uma adolescente de 16 anos que apresenta deficiência mental; além de agredir fisicamente os filhos, de 7 e 9 anos, obrigando-os a ir ao bar comprar bebida alcóolica."

notificaria aos órgãos competentes. Porque? _____.

Qual? _____.

() Não notificaria aos órgãos competentes. Porque? _____.

() Outra opção _____.

Situação 3: " O próprio pai, alcoolista e pertencente a uma quadrilha de traficantes, abusa sexualmente de suas filhas de 14 e 15, obrigando-os a ir ao bar comprar bebida alcóolica".

() notificaria aos órgãos competentes. Porque? _____.

_____ Qual? _____.

() Não notificaria aos órgãos competentes. Porque? _____.

() Outra opção _____.

9. Em sua atuação na equipe do PSF, já atendeu ou teve conhecimento de situações de violência intrafamiliar contra crianças e/ou adolescentes?

() Não () Sim Qual(is)? _____.

10. Se já atendeu, qual o seu procedimento?

() notifiquei todos os casos

() não notifiquei nenhum

() notifiquei alguns (critérios) _____.

11. Que fatores o influenciaram ou influenciariam na decisão de não notificar os casos de violência atendidos? (marque quantas quiser)

() Por não achar necessário

() Por falta de tempo

() Por não ter sido informado qual órgão competente

() Por receio de represália

() Por receio de causar prejuízo ao agressor maior do que ele merece

() Por não querer se envolver em questões judiciais

() Por não querer invadir ou expor a privacidade das famílias

() Outros _____.

12. Frente a uma suspeita ou confirmação de violência contra crianças e/ou adolescentes, qual(is) você julga ser o(s) melhor(es) órgão(s) para atender às notificações?

13. Qual a sua opinião sobre a Portaria do Ministério da Saúde (Nº 1.968) referente a conduta dos profissionais diante de situações de maus-tratos contra crianças e adolescentes ?

_____.

() Não conheço

() Não me lembro

14. Você já leu o Estatuto da Criança e do Adolescente?

() Não () Sim

O que você achou de mais importante ou interessante neste estatuto?

15. Qual ou quais órgão(s) você julga estar(em) apto(s) a atender e dar soluções a seguinte situação: "Um homem com então 50 anos, separado da esposa, pede a sua sobrinha, adolescente de 14 anos, para lhe auxiliar nas tarefas domésticas. A adolescente passa a freqüentar diariamente a sua residência, recebendo semanalmente o valor de dez reais. Certa ocasião, a mesma aparece grávida deste tio."

- Polícia Militar
- Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente
- Delegacia Adjunta da Infância e da Juventude
- Serviço de Assistência Social
- Ministério Público
- Vara da Infância e Juventude
- SOS Criança
- Centro de Referência à Infância e Adolescência Vitimizada
- Secretaria de Saúde
- Outro _____.

16. Você tem interesse em dispor parte do seu tempo para obter informações (palestras e aulas) sobre o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes?

- Não Sim Somente se for no horário do trabalho Outros.

Porque?

_____.

17. Qual(is) forma(s) você julga ser(em) adequada(s) para obter informações sobre essa temática?

- Palestra
- Aula
- Grupo de estudo
- Mini-Curso
- Jornada de estudos
- Encontros sistematizados com profissionais especializados
- Supervisões sistematizadas

Data: ___/___/___.

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Termo de Consentimento**

Eu, _____

aceito participar do estudo "Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na perspectiva dos profissionais das Equipes de Saúde da Família - PSF: contribuições para uma política pública de prevenção", com o objetivo de avaliar o conhecimento dos profissionais de nível superior e agentes comunitários de saúde, do Programa Saúde da Família, sobre o fenômeno da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

O estudo tem a orientação da Doutora Lindioneza Adriano Ribeiro, professora de Medicina Preventiva e do Mestrado em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e a participação de Elaine Bordini Villar, psicóloga do Centro de Referência à Infância e Adolescência Vitimizada (CRIAV) - Uberlândia, MG.

Serão avaliados os profissionais das 34 Equipes de Saúde da Família e dos 3 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), subdivididos em núcleos, localizados nos diferentes bairros do município de Uberlândia.

Sei que minha participação é voluntária e, deverei responder a um questionário que ficará em sigilo, sob a responsabilidade da Psicóloga Elaine Bordini Villar e que, se me negar a participar desse estudo, não sofrerei nenhuma penalização ou prejuízo e também, caso deseje, poderei desistir a qualquer momento.

E, ainda qualquer dúvida sobre o estudo me será esclarecido pronta e pacientemente, tendo à minha disposição para contato os seguintes telefones: da Psicóloga Elaine Bordini Villar (0XX34) 3235 0640 (res.), 91944724 (cel.), (0XX34) 3 2363465 CRIAV e do CEP- Comitê de Ética em Pesquisa, (0XX34) 3 2194131.

A assinatura deste documento deverá ser realizada pelo sujeito da pesquisa, sendo que o consentimento deverá ser obtido pela pesquisadora Elaine Bordini Villar.

Assinatura: _____ RG: _____

Uberlândia, ____ de _____ de 200 ____.

Anexo D - Situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes atendidas, no PSF e PACS, segundo relato dos próprios profissionais:

“mãe que diz que o filho é burro” / “criança com marcas de agressão” / “criança de 1 ano com fratura” / “um bebê com sangramento vaginal e escoriações” / “adolescente grávida, filha de pai traficante e mãe desestruturada, o avô é o pai do bebê” / “meninas violentadas sexualmente pelo próprio pai” / “criança de 6 anos com ruptura de hímen ao exame físico” / “adolescente, 12 anos, grávida (com limitação mental) de um rapaz maior de idade” / “criança de 2 anos espancada pela mãe” / “criança de 6 anos espancada pela mãe” / “criança de 4 anos vítima de violência sexual” / “violência física contra criança de 5 anos” / “suspeita de abuso sexual (criança de 4 anos) pelo padrasto” / “pai que abusava sexualmente da criança (menino) de 5 anos” / “pai que maltratava fisicamente (queimava com ferro, chutava) criança de 5 anos” / “muitos casos de violência física, emocional, negligência, abandono com crianças de 0 a 10 anos” / “maus-tratos físicos e falta de cuidados básico com adolescente de 12 anos e crianças de 2 e 5 anos, mãe e padrasto usuários de droga” / “violência psicológica dos pais com a adolescente de 15 anos” / “padrasto agredia fisicamente criança de 9 anos” / “criança de 8 anos que sofre violência psicológica pela madrasta” / “pai que abusa sexualmente da filha de 6 anos” / “pai usuário de drogas que maltratava filhos” / “muitos casos de violência física de pais contra filhos” / “violência psicológica da mãe contra criança de 10 anos” / “algumas situações veladas de abandono da mãe (negligência)” / “criança de 1 mês abandonada pela mãe” / “umas seis famílias que batiam e agrediam verbalmente crianças menores de 2 anos” / “criança de 1 ano e meio que sofre violência física por parte da mãe” / “violência psicológica da mãe contra adolescente (16 anos) que apresenta enurese noturna” / “violência verbal da mãe contra criança de 8 anos” / “criança de 1 ano que era maltratada pela mãe alcoolista” / “criança de 2 anos espancada pelo pai (suspeita)” / “mãe medicava de forma errada o filho de 13 anos” / “suspeita de intoxicação por parte da mãe contra criança de 2 anos” / “criança de 6 anos que foi dada, pela mãe, à tia e então passou a sofrer violência física” / “criança de 6 anos que sofria violência física pelo pai de criação (tio)” / “criança de 6 anos vítima de violência física; outros casos de abuso sexual e violência física” / “criança de 6 anos que sofre violência física” / “criança de 6 anos com condiloma (abuso sexual)” / “criança que mora com a tia e é obrigada a fazer serviços domésticos” / “negligência da mãe com criança de 10 anos” / “suspeita de negligência por parte da mãe com criança de 2 anos (não controlar medicação)” / “criança de 10 anos que foi abusada sexualmente pelo padrasto” / “crianças de 7 e 9 anos que ficam sozinhas e não frequentam a escola” / “criança de 3 anos espancada pelo pai (usuário de drogas)” / “crianças de 9 e 12 anos que sofrem violência psicológica (presenciam agressões entre os pais)” / “crianças de 11, 10 e 7 que sofrem violência física e psicológica” / “negligência da mãe com os filhos de 8 e 6 anos” / “suspeita de abuso sexual com criança de 9 anos, pelo padrasto” / “mãe xinga, grita, maltrata verbalmente a adolescente” / “bebê de 11 meses com anemia severa, a mãe não o alimentava” / “duas crianças (1 ano e 6 m e 7 anos) levadas ao bar pela mãe alcoolista, eram também agredidas fisicamente” / “situação de violência verbal” / “padrasto masturbar-se junto à criança” / “falta de cuidados por parte da mãe com criança de 1 ano e 7 meses” / “violência sexual com adolescente de 12 anos” / “suspeita de violência sexual com adolescente de 15 anos” / “falta de cuidados, higiene, maus-tratos físicos por parte da mãe com crianças de 3 e 6 anos” / “usar droga na frente das crianças de 2 e 4 anos (pai)” / “a mãe e a avó abandonavam (negligenciavam) criança recém-nascida” / “violência física por parte da mãe com criança de 1 ano e 10 meses” / “violência física por parte da mãe com

adolescente de 13 anos” / “violência sexual do pai com criança de 6 anos” / “muitos casos de violência psicológica com crianças de 5 e 6 anos” / “mãe praticava violência verbal com criança de 3 anos” / “suspeita (pai HIV+,homossexual), boatos de que já abusou dos filhos” / “negligência por parte da mãe (crianças de 3 e 12 anos)” / “madrasta obrigava criança a fazer serviço doméstico” / “mãe maltratava física e psicologicamente criança de 7 anos” / “espancamento pela mãe (bebê de 3 meses e criança de 2 anos)” / “mãe alcoólista, maus-tratos de um bebê” / “suspeita de violência física contra um bebê” / “mãe rejeita o bebê e o espanca” / “madrasta que maltrata criança de 5 anos” / “mãe que batia , violência física contra crianças de 1, 4, 5 e 6 anos” / “desconfiei de descuido,negligência, violência psicológica” / “mãe briga,xinga demais o filho de 6 anos” / “violência física e psicológica com crianças de 9, 10 e 12 anos” / “mãe abandonou crianças de 5 e 11 anos e foi para casa de prostituição” / “negligência por parte da mãe com criança de 2 anos” / “violência física do pai contra crianças de 2, 4, 8 e 10 anos” / “abuso sexual por parte do pai contra adolescente de 17 anos” / “menina de 12 anos abusada sexualmente pelo padrasto” / “agressão física por parte da mãe (crianças de 6 e 8 anos)” / “negligência por parte da mãe (crianças de 2, 4, 5, e 8 anos)” / “violência física por parte da mãe (crianças de 4 e 6 anos)” / “o avô mantinha relação sexual com a neta de 7 anos” / “muitos casos: avô abusava sexualmente da neta” / “criança de 9 anos fora da escola” / “alguns casos de violência psíquica, uma menina de 9 anos rejeitada pela mãe” / “criança de 9 anos que sofria violência física e psíquica por parte da mãe e do padrasto” / “criança de 6 anos (família com histórico de prostituição infantil) abusada sexualmente (suspeita)” / “mãe portadora de HIV+ tinha namorados que batiam nas crianças de 9, 2 e 5 anos” / “pai agredia física e emocionalmente adolescente de 13 anos” / “suspeita de violência física por parte da madrasta com criança de 3 anos” / “abandono de criança de 10 anos pela mãe” / “criança de 3 anos abusada sexualmente pelo padrasto” / “adolescente de 18 anos abusada sexualmente pelo avô” / “criança de 9 e 4 anos que ficam sozinhos enquanto a mãe trabalha” / “suspeita de abuso sexual com criança de 2 anos” / “caso de extrema negligência da mãe com crianças de 4 e 10 anos” / “criança de menos de 5 anos espancada pela mãe” / “violência sexual contra criança pelo padrasto” / “o pai espanca filho de 7 anos que apresenta comportamentos femininos” / “criança de 3 anos que assistia cenas de sexo entre o pai e a madrasta, a madrasta batia na criança” / “adolescente de 15 anos espancada pela mãe” / “vários casos de negligência na minha área” / “mãe que amamenta a criança ao mesmo tempo em que se alcooliza” / “abandono de criança de 9 anos pela mãe” / “vários casos de negligência por parte da mãe (usuária de álcool)” / “constrangimento psicológico, por parte dos pais, com filhos de 6 e 8 anos (casos diferentes)” / “seis casos de pais e padrastos que abusavam sexualmente de crianças e adolescentes” / “40 casos de violência física por parte dos pais, faixa etária de 1 a 15 anos” / “negligência por parte dos pais (uso de drogas na presença, abandono, omissão de tratamento)” / “criança de 1 ano e 6 meses que apanhava do padrasto” / “adolescentes abusadas sexualmente pelo pai” / “outros casos de abuso sexual pelo pai contra adolescentes” / “muitos casos de pai gritando com o filho” / “criança de 1 ano e 7 meses agredida fisicamente pela mãe” / “adolescentes abusadas sexualmente pelo pai, há anos” / “os pais apresentam transtorno mental e maltratam emocionalmente criança de 9 anos” / “menina de 9 anos rejeitada pela mãe e padrasto, violência emocional” / “criança de 5 anos agredida fisicamente pelo pai (mãe omitiu)” / “criança de 2 anos agredida fisicamente pelo pai” / “criança de 3 anos abusada sexualmente pelo pai” / “adolescente de 14 anos vivencia o bissexualismo do pai” / “criança de 3 anos era embriagada pela mãe para que dormisse (pois não havia o que comer)” / “criança de 2 anos e 5 meses espancada pelos pais” / “adolescente de 14 anos assediada pelo pai” / “criança de 1 ano e 10 meses negligenciada pela mãe (baixo peso)” / “adolescentes sofrem violência

psicológica pelo padrasto” / “adolescente de 13 anos que a mãe incentivou a morar com um senhor de 65 anos” / “criança de 3 anos espancada pela mãe” / “adolescente de 15 anos residindo com um homem (traficante)” / “mãe negligenciava os filhos, deixando-os em casa sozinhos (idade das çças: 7,8, 9 e 10 anos)” / “violência física e moral pela tia contra criança de 3 anos” / “pai usuário de droga influencia filho de 6 anos a furtar” / “madrasta pratica violência psicológica com adolescente de 12 anos (soro +)” / “adolescente de 13 anos que sofre pressão psicológica do pai e tia” / “mãe jogou água quente no filho de 4 anos” / “padrasto agredia fisicamente criança de 8 anos” / “duas crianças (menores de 2 anos) que são espancadas pelos pais” / “criança de 5 anos abusada sexualmente, em companhia da mãe (no sem teto)” / “quatro a cinco casos em média de crianças (1, 3, 4, 6 e 8 anos) negligenciadas em relação à saúde” / “adolescente de 14 anos levada pela mãe para a prática da prostituição” / “criança espancada pela mãe” / “criança de 12 anos que cuida dos irmãos” / “adolescente de 13 anos abusada sexualmente pelo padrasto” / “espancamento de adolescente de 11 anos” / “menina de 8 anos obrigada a se prostituir para levar alimentos para casa” / “falta de cuidados com a criança de 4 anos” / “casos de violência física” / “alguns casos de abuso sexual” / “criança de 9 anos repreendida severamente pelo padrasto (ele é branco e a criança é negra)” / “dois casos de violência sexual (um pelo pai, outro pelo padrasto)” / “criança de 2 anos negligenciado pela mãe (alcoolista) vivia na rua, não era alimentado, era maltratado fisicamente” / “situação de negligência da mãe com criança de 10 anos (fica na rua, fora da escola)” / “recém-nascido negligenciado pela mãe. A criança estava correndo risco de vida” / “recém-nascida negligenciada pela mãe (pneumonia, assadura grave)” / “criança de 5 anos abusada sexualmente por um tio, negligência por parte da mãe” / “adolescente de 14 anos maltratada física e psicológica pelo pai e madrasta” / “criança de 9 anos negligenciada pela mãe (barraco pegou fogo, teve queimadura em 70% do corpo)” / “pai querendo estuprar” / “mãe espancando filho” / “abuso sexual de criança” / “mãe discutindo com filho sem medir palavras” / “meninos colocaram fogo na casa” / “pais que não sabem conduzir falta de limites da criança e acabam perdendo a paciência” / “abuso sexual (padrasto com enteada de 7 anos)” / “criança criada com madrasta com indicações de espancamento e tristeza” / “muitos casos de adolescentes estimuladas à violência sexual (mãe fala que tem que ganhar dinheiro)” / “crianças em casa sozinhas (8, 5 e 3 anos)” / “criança não conversava, com escoriações, não sorria, não veio às consultas” / “criança de 8 anos com suspeita de abuso sexual” / “alcooolismo de menores, vêem os pais” / “falta de cuidados com a criança” / “bebê recém-nascido maltratado por casal alcoolista” / “muitas agressões físicas e psicológicas” / “mãe espancando filha” / “pai abusava da filha mais velha (12 anos)” / “suspeita de mulher espancando seus dois filhos” / “espancamento da mãe sobre o filho” / “abuso sexual (família mudou-se por causa da denúncia)” / “meninos de 10/8 anos cuidavam da criança de 6 anos, mantendo relações sexuais” / “mãe sem alimentar bebê, batia também” / “adolescente sofrendo abuso sexual do pai ou do tio” / “abusos sexuais” / “espancamentos” / “mãe jogou água quente no filho, mas disse que deixou cair” / “espancamento” / “violência sexual” / “pressão psicológica” / “atentado ao pudor” / “abuso sexual com criança de 4 anos” / “mães que batem nas crianças” / “deixar criança pequena (11 meses) com criança de 11 anos” / “vários casos de deixar sozinha a criança” / “mãe alcoolista abandona” / “mãe que bate por qualquer motivo (criança de 2 anos)” / “mãe é nervosa e grita” / “mãe mandou o adolescente embora para ele não se relacionar com padrasto” / “pai drogado briga e agride a mãe (faca no pescoço) na frente da criança” / “violência verbal, mães batendo no rosto da criança, usando palavras que denigrem a criança” / “pai não registra o filho” / “filhos não estudam” / “espancamento contra criança” / “suspeita de abuso sexual” / “criança de 1 ano comeu crack” / “adolescente de 14 anos com senhor

de 60” / “pinga para bebê dormir” / “violência sexual de pai com as filhas” / “suspeita: avó disse que a criança de 2 anos era violentada por uma mulher que morava com a filha” / “pai que forçava comportamentos precoces na criança” / “adolescente estuprada” / “padrasto trata mal, xinga, privilegia a irmã que vai nascer” / “pai alcoolista bate no filho” / “mãe droga-se em frente às crianças” / “suspeita de agressão a uma criança, mas eu não vi (o agente viu)” / “quando a agressão do adolescente fica séria, pais reagem (apenas reação)” / “filho agride mãe em frente à irmão (8 anos)” / “pai olha filha tomando banho” / “madrasta maltrata enteado” / “falta de alimento e higiene” / “mãe deixa crianças menores (1, 3 e 9 anos) sozinhas o dia todo” .

Anexo E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Federal de Uberlândia
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
 Av. João Naves de Ávila, nº 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG -
 CEP 38400-089 - FONE/FAX (034) 239-4131

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº 023/05

Registro CEP: 008/05


Projeto Pesquisa: *“Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na perspectiva dos profissionais das equipes de saúde da família PSI: contribuição para uma política pública de prevenção”.*

Pesquisador Responsável: Lindioneza Adriana Ribeiro

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação, do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Projeto aprovado.

Uberlândia, 04 de março de 2005.


 Prof. Dra. Sandra Tereziinha de Farias Furtado
 Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador:
(Para parecer Aprovado ou Aprovado com Recomendações)

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.d) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS.