

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Larissa Ferreira Ferraz

**A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE: A IMPORTÂNCIA DA
NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA COMO MECANISMO DE PROTEÇÃO SOCIAL**

Porto Alegre

2016

LARISSA FERREIRA FERRAZ

A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE: A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA COMO MECANISMO DE PROTEÇÃO SOCIAL

Trabalho de conclusão de curso de apresentação no Curso de Serviço Social do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora Prof^ª Dr^ª Dolores Sanches Wünsch

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

FERRAZ, LARISSA FERREIRA
A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE, E A
IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA COMO MECANISMO
DE PROTEÇÃO SOCIAL / LARISSA FERREIRA FERRAZ. --
2016.

75 f.

Orientadora: Dolores Sanches Wunsch.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre,
BR-RS, 2016.

1. violência. 2. criança e adolescente. 3.
notificação de agravos. 4. rede de proteção social .
I. Wunsch, Dolores Sanches , orient. II. Título.

Larissa Ferreira Ferraz

A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE: A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA COMO MECANISMO DE PROTEÇÃO SOCIAL

Trabalho de conclusão de curso de apresentação no Curso de Serviço Social do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: ____ de _____ de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Tatiana Reidel – UFRGS

Profª Drª Dolores Sanches Wunsch – UFRGS (orientadora)

AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaria muito de agradecer à minha mãe e amiga Rosane, pelo apoio imensurável durante este período da graduação e por toda a dedicação dada a minha criação.

As minhas avós, Iosneli e Ione, seres de muita luz que hoje não se fazem mais presente de forma carnal, mas que ainda existem dentro de mim, a me motivar e acompanhar por onde quer que eu vá.

Ao meu namorado e parceiro Lucas, pela paciência e compreensão durante estes anos.

Ao meu quinteto Carla, Lucas e Débora pelo incentivo dado para que eu chegasse até aqui, sem a vivência com vocês nada disso aconteceria.

Ao meu querido pai, Orimes, que me ensinou que a vida sempre te dará uma nova chance para recomeçar.

Aos meus familiares, Alves e Ferraz, pela compreensão das minhas ausências nos eventos de família e falta em alguns momentos importantes.

Aos professores (as) do Curso de Serviço Social, que transmitiram tantos conhecimentos neste período, me fazendo florescer e me apaixonar pela profissão de Assistente Social. À minha supervisora de estágio curricular obrigatório Tatiana Reidel, pela sensibilidade tida comigo durante esta fase cheia de desafios. Em especial, a minha orientadora prof^{ra} Dolores, pela dedicação e estímulo depositado à mim para que este trabalho se concretizasse, sem sua doçura e leveza teria sido um processo mais difícil.

Às minhas colegas de curso, em especial a turma do Serviço Social de 2011, que contribuíram na minha formação profissional. Ao Movimento Negro, pela luta e defesa da implementação da política de cotas nas universidades públicas brasileiras, sem tal ação afirmativa creio que hoje não estaria ocupando este espaço.

À minha supervisora de campo Myriam, e aos colegas da equipe interdisciplinar do Programa de Proteção à Criança, pelos ensinamentos compartilhados, e apoio dado para enfrentar situações tão duras no dia a dia.

Muito obrigada!

*“Que nossas crianças possam um dia até escolher
fazer uma tatuagem, mas não tragam dentro de si,
nos seus corpos essas cicatrizes não escolhidas,
deixadas pelos maus-tratos afetivos, sexuais, físicos e
psicológicos sofridos na infância”.*

Azambuja

RESUMO

O estudo aborda o fenômeno da violência, fazendo um recorte sobre como este vem atingindo o segmento populacional de crianças e adolescentes, apresentando o Sistema Nacional de Informações aos Agravos de Notificação (SINAN), sendo um instrumento criado no âmbito da Política de Saúde, como mecanismo de defesa e garantia dos direitos das crianças e adolescentes, frente ao contexto de violência. Para tanto, explana-se uma contextualização sóciohistórica sobre a temática da violência, para uma maior compreensão do fenômeno. Realiza-se um estudo quantitativo a partir de um recorte de dados de notificação que consta no Sistema Nacional de Informações e Agravos de Notificação, a fim de analisar descritiva e analiticamente tais dados, para um conhecimento maior dos perfis de crianças e adolescentes vítimas de violência na cidade de Porto Alegre. Discute-se sobre a efetivação do instrumento de notificação como um mecanismo de garantia dos direitos das crianças e adolescentes vítimas de violência, bem como, de qual maneira o Estado e sociedade civil, através dos movimentos sociais deste segmento populacional, vem se organizando frente à realidade da violência acometida à este grupo. Por fim, refere-se os desafios que ainda estão postos para que se garanta um atendimento integral pela rede de proteção social às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência.

Palavras-chave: violência, criança e adolescente, notificação de agravos, rede de proteção social

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SINAN – Sistema Nacional de Informações aos Agravos de Notificação

PPC – Programa de Proteção à Criança

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

OMS – Organização Mundial da Saúde

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

SIM - Sistemas de Informações sobre Mortalidade

SIH - Sistema de Informações Hospitalar

VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

DANT - Dados Vitais e das Doenças e Agravos não transmissíveis

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

CGVS - Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde de Porto Alegre

SMS –Secretaria Municipal de Saúde

PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre

CRAMI – Centro Regional Aos Maus Tratos na Infância

CID – Classificação Internacional de Doenças

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CRAI - Centro de Referência no Atendimento Infantojuvenil

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

LACRI - Laboratório de Estudos da Criança

SDRHPR - Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Notificações de violência contra crianças e adolescentes do município de Porto Alegre 2011-2013.

Gráfico 02 - Unidades de saúde que notificaram casos de violência contra crianças e adolescentes do município de Porto Alegre 2011-2013.

Gráfico 03 - Tipo de violência dos casos de violência contra crianças e adolescentes notificados no município de Porto Alegre.

Gráfico 04 - Gênero dos casos de violência contra crianças e adolescentes notificados no município de Porto Alegre 2011-2013.

Gráfico 05- Cor/raça dos casos de violência contra crianças e adolescentes notificados no município de Porto Alegre 2011-2013

Gráfico 06 - Faixa etária dos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes no município de Porto Alegre 2011-2013.

Gráfico 07 - Encaminhamentos realizados na rede de saúde dos casos de violência contra criança e adolescente notificados no município de Porto Alegre 2011-2013

Gráfico 08 - Encaminhamentos legais dos casos de violência contra crianças e adolescentes no município de Porto Alegre 2011 -2013

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1- Diagrama: Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E O ADOLESCENTE E AS FORMAS DE ENFRENTAMENTO	17
2.1 O Contexto sócio histórico da violência contra criança e o adolescente.....	17
2.2 As Políticas Sociais voltadas a Criança e o Adolescente e as formas de enfrentamento a violência.....	21
2.3 O papel da política de saúde a partir dos serviços de saúde e dos profissionais	23
2.4 A experiência do Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PPC/HCPA).....	31
3 SISTEMA PÚBLICO DE NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	34
3.1 A rede de notificação.....	34
3.2 Dados sobre violência contra a criança no município de Porto Alegre.....	37
3.2.1. Casos de violência contra criança e adolescente notificados no município de Porto Alegre 2011-2013/ Unidades Notificadoras	38
3.2.2. Tipo de violência	41
3.2.3. Perfil das vítimas	46
3.2.4. Encaminhamentos na rede de saúde e de proteção social	51
4 PROBLEMATIZAÇÃO SOBRE A PROTEÇÃO SOCIAL, FRENTE AO FENÔMENO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE	56
4.1 Fluxograma da notificação compulsória dos casos de violência contra crianças e adolescente, pós notificação pelos serviços de saúde, no município de Porto Alegre.	56
4.2 A contribuição da notificação compulsória dos casos de violência contra crianças e adolescentes como mecanismo de proteção social.....	58
4.3 A construção de políticas, programas e projetos sociais no combate a violência contra crianças e adolescentes	60
4.4 Os desafios para a efetivação da rede de proteção social.....	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	69
ANEXOS.....	73
Anexo A	74
Anexo B.....	75

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como proposta realizar uma discussão sobre o fenômeno da violência, fazendo um recorte sobre como tal aspecto vem atingindo o segmento populacional de crianças e adolescentes. Apresenta o Sistema Nacional de Informações aos Agravos de Notificação (SINAN), como um instrumento criado no âmbito da Política de Saúde, almejando ser um mecanismo de defesa e garantia dos direitos das crianças e adolescentes, frente ao contexto da violência.

Detém-se a argumentar e problematizar sobre o uso deste instrumento no âmbito dos serviços da política de saúde, atentando-se para o entendimento dos profissionais que integram tais espaços, e sobre a importância do mesmo para a efetivação de uma rede de cuidado e de proteção social ao público infantojuvenil e suas famílias. Dispõe-se a uma maior atenção à categoria dos profissionais de Assistentes Sociais, explanando seus compromissos éticos e responsabilidades legais, diante ao fenômeno da violência acometida à crianças e adolescentes, por se tratar de um trabalho de conclusão de curso de matéria do Serviço Social.

Ainda, o presente trabalho realiza um criterioso estudo quantitativo de dados coletados, a partir do armazenamento de informações epidemiológicas no SINAN, sobre os casos notificados de violência contra crianças e adolescentes no município de Porto Alegre, locus do presente estudo. A partir deste recorte, possibilita uma maior e mais rica explanação a respeito da temática em questão, permitindo inferir questionamentos e argumentações sobre fatos constatados perante os resultados do estudo concreto.

O interesse por esta temática advém: a) da experiência do estágio curricular obrigatório I, II e III, realizado no Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PPC/HCPA), sendo este um Programa institucional, composto por equipe interdisciplinar, que atende casos de pacientes da área pediátrica do Hospital, que tenham, ou estejam vivenciando alguma situação de violência; b) da execução do Projeto de

Intervenção da autora em seu campo de estágio, por ter tido identificado como objeto de intervenção a subnotificação dos casos acompanhados pelo PPC, tendo realizado ações interventivas de sensibilização sobre a notificação compulsória pelo SINAN destes casos, fomentando o uso do instrumento de notificação pelos profissionais que compõem a equipe interdisciplinar deste espaço institucional.

Afirma-se, no presente estudo que a violência tem uma abrangência mundial, e se apresenta de múltiplas formas, historicamente tendo sido concentrada nas grandes guerras ou nas guerras coloniais mais remotas aos centros em conflito. No entanto, ela tem se apresentado de maneira ampliada e mais difusa a cada dia nas relações humanas, nos espaços coletivos ou privados, permeando toda a sociedade, transformando-se em uma “epidemia” e de conhecimento de todos, crescendo entre a miséria e a riqueza, parecendo ser cada vez mais naturalizada e menos estranha ao olhar acostumado por toda a população.

Esta realidade traz angústias e perdas avassaladoras aos que dela tornam-se vítimas. Entre estas se encontram as crianças e adolescentes, em razão de estarem entre os grupos populacionais com maior vulnerabilidade na sociedade, e por consequência costumam apresentarem-se como as maiores vítimas da violência. Esta vulnerabilidade se explica por ser a infância e adolescência as primeiras fases da vida, onde a dependência dos adultos é maior, se tornando mais sucessíveis a situações de abuso de poder, como as diversas manifestações violentas.

Entender como a violência afeta crianças e adolescentes é um aspecto que vem sendo recentemente abordado em estudos, a fim de conhecê-la em suas mais diversas formas de expressão. Uma pesquisa feita nos Estados Unidos com crianças e jovens entre dois e dezessete anos de idade, no ano de 2005, revelou que entre os anos de 2001 e 2002,

de cada mil crianças e jovens: 530 foram vítimas de agressão corporal, em que 103 sofreram alguma lesão em consequência desta agressão; 357 testemunharam violência; 273 foram vítimas de crimes contra o patrimônio; 136 foram vítimas de maus-tratos; 82 foram vítimas de crimes sexuais.(BRASIL apud, FINKELHOR 2007).

O referido estudo, mesmo não tratando da realidade brasileira, comprova como a violência contra crianças e adolescentes vem perdurando no decorrer dos anos, mostrando-se fruto de um processo histórico que colocou a infância e a juventude num lugar de pouca

atenção e visibilidade. Tanto no âmbito da família como da sociedade e do poder público, fato que se justifica por não ter sido a criança, por muito tempo considerada sujeito de direitos e merecedora de proteção.

Na atualidade, tal contexto vem mudando, pois percebe-se que há esforços do poder público para combater a violência contra crianças e adolescentes, por meio de políticas e legislações específicas. Na política de saúde a violência tem sido encarada como uma questão de saúde pública, pela quantidade de vítimas que causa e por influir nas relações humanas, merecendo um tratamento mais amplo e eficaz.

Com este entendimento, tanto na política da saúde, quanto nas demais, tem-se dado à atenção devida ao fenômeno da violência, criando-se estratégias de atenção ao fenômeno. Passando a compreender que cuidar dos segmentos mais vulneráveis, entre eles crianças e adolescentes, é a missão primordial dos representantes do Estado e da sociedade civil como um todo. Esta é a melhor resposta dada para uma sociedade que sofre às raias da violência como uma “epidemia”, pois só o cuidado é capaz de identificar o sujeito que reside em cada um dos seres humanos e mudar a realidade sofrida pelos segmentos populacionais mais vulneráveis.

O presente estudo, portanto tem como problema de pesquisa, como a notificação compulsória pelo SINAN (Sistema Nacional de Informação e Agravos de Notificação) dos casos de violência contra crianças e adolescentes vem se efetivando como um mecanismo de proteção social.

Para tal, o primeiro capítulo, intitulado “A violência contra criança e o adolescente e as formas de enfrentamento”, irá discorrer sobre a temática da violência em seu contexto sóciohistórico, de maneira mais específica, abordando como este fenômeno afeta o segmento populacional de crianças e adolescentes. Após, vislumbrará como o Estado, frente às políticas sociais, tem dado respostas a esta realidade, destacando o enfrentamento dado pela Política de Saúde a tal fenômeno. Também abordará as competências e responsabilidades dos profissionais da saúde, em especial dos Assistentes Sociais, na garantia dos direitos deste público. Conclui o capítulo com o relato de sua experiência no campo de estágio curricular obrigatório, em um serviço de proteção a criança, no âmbito da saúde, que possibilitou a aproximação com o instrumento de notificação, irá discorrer e reforçar a importância de tal material para a efetiva proteção na rede de atendimento.

No segundo capítulo, intitulado “Sistema público de notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes”, fará uma explanação sobre como se dá a estrutura da rede de notificação na saúde, trazendo sua origem e funcionamento, bem como, por meio da realização de um estudo com recorte de dados notificados no município de Porto Alegre, de determinado grupo caracterizado de crianças e adolescentes vítimas, efetivará uma análise descritiva analítica. E neste mesmo capítulo, fará uma análise sobre o fluxo pós notificação no município de Porto Alegre, de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.

Por fim, o último capítulo, nomeado “Problematização sobre a proteção social, frente ao fenômeno da violência contra a criança e o adolescente” fará-se-á uma abordagem sobre como a notificação compulsória dos casos de violência contra crianças e adolescentes vem contribuindo como um mecanismo de proteção social, problematizando a importância das políticas sociais e dos movimentos sociais na luta pela defesa e garantia dos direitos das crianças e adolescentes.

Ao concluir o capítulo, ainda irá se discutir sobre os desafios que estão postos para que a rede de proteção social dos direitos das crianças e adolescentes, possam oferecer um sistema de garantia de direitos e de proteção integral ao público infantojuvenil.

Ao término do trabalho, serão tecidas algumas considerações finais que reafirmam, aspectos centrais que permearam a discussão do presente trabalho de conclusão de curso, e substancia a importância da efetivação da notificação de agravos violência contra crianças e adolescentes, como um instrumento criado no âmbito da Política de Saúde, que possa contribuir de forma intersetorial para fortalecer a rede de proteção que envolve esses sujeitos de direitos.

Visto que, compreende-se a violência como um fenômeno complexo, que não pode ser reconhecido como natural, pois é resultado das contradições expressas nas relações tidas pela humanidade no âmbito social, econômico e político. Mostrando-se como o mais cruel dos produtos gerados pela reprodução do sistema econômico capitalista, da transformação de tudo em mercadoria, da segregação da humanidade entre ricos e pobres, que acaba por reproduzir as desigualdades sociais, contribuindo para um cenário de relações violentas hoje tidas na sociedade. Assim, se faz de imensa relevância a contextualização de tal fenômeno neste trabalho de conclusão de curso.

2 A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E O ADOLESCENTE E AS FORMAS DE ENFRENTAMENTO

O capítulo trata da temática da violência, trazendo sua concepção e discutindo como este fenômeno assola a população em geral. De maneira mais específica, explana como o segmento populacional de crianças e adolescentes vem sendo atingido por este aspecto presente na sociedade.

Logo, vislumbra como o Estado, frente às políticas sociais, vem dando respostas a esta realidade, destacando o enfrentamento dado pela Política de Saúde a tal aspecto social, reconhecido na atualidade como um fenômeno da saúde pública. Após, aborda as competências e responsabilidades dos profissionais da saúde, em especial dos Assistentes Sociais, na garantia dos direitos deste público, na busca de um atendimento de forma integral às crianças e adolescentes vítimas e suas famílias.

A autora do presente trabalho, traz ainda o relato de sua experiência no campo de estágio curricular obrigatório, integrando uma equipe interdisciplinar num serviço de saúde hospitalar, em que prestava atendimento às crianças, adolescentes e suas famílias que passaram por alguma situação de violência. A partir disto, discorre sobre sua aproximação com o instrumento de notificação, reforçando a importância de tal material para a efetiva proteção na rede de atendimento.

2.1 O Contexto sócio histórico da violência contra criança e o adolescente

A violência é um fenômeno social que se faz presente na humanidade desde os primórdios de sua existência, levando filósofos conhecidos como Friedrich Engels¹ a

¹ Importante filósofo alemão. Nasceu em 28 de novembro de 1820, na cidade alemã de Wuppertal. Morreu em Londres, no dia 5 de agosto de 1895. Junto com o filósofo alemão Karl Marx, criou o marxismo

afirmar que “a história é, talvez, a mais cruel das deusas que arrasta sua carruagem triunfal sobre montões de cadáveres, tanto durante as guerras como em período de desenvolvimento pacífico” (ENGELS, 1981, apud MINAYO, 1994). Apesar de versar como intrínseca a história da humanidade, esta não pode ser tratada de forma fatalista, de maneira dada, mas sim entendida como a origem da consciência do ser humano.

Por ser um tema que transcorre civilizações, vem sendo discutido no âmbito filosófico e das ciências humanas, a fim de se ter um maior entendimento da essência desta refração social. Diante de estudos, entre estes campos de conhecimento, foram construindo-se algumas definições consensuais sobre este fenômeno, como o entendimento de que a violência não se trata de um aspecto natural do ser humano, não tendo raízes biológicas, mas sim

Trata-se de um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial (...) seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade. Portanto, para entendê-la, há que se apelar para a especificidade histórica. Daí se conclui, também, que na configuração da violência se cruzam problemas da política, da economia, da moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais, e do plano individual. (MINAYO, 1994, p.7).

Ou seja, sendo parte das relações humanas a violência deve ser relacionada com o Estado, pois este interfere diretamente nas relações sociais despertando formas peculiares de manifestação deste aspecto em distintas sociedades, trazendo para o debate público questões fundamentais, num esforço de permitir que o tema seja pensado cientificamente. Com isto atualmente, pode-se apresentar uma classificação bastante geral, mas que permite, pelo menos não reduzi-la ao mundo da delinquência.

Numa destas classificações, encontra-se a violência estrutural, denominação necessária para a discussão do presente trabalho. Este tipo de violência refere-se à realidade social e econômica de determinada sociedade, entendendo-a

(...) como aquela que oferece um marco à violência do comportamento e se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte.(MINAYO, 1994, p.10).

As contradições expressas pelo sistema de produção capitalista, e o Estado por sua vez não cumprindo efetivamente o seu papel de proteção às classes menos favorecidas da sociedade, acaba por influir em uma desigualdade social que assola esta população à expressões da questão social, como a pobreza, o desemprego, o não acesso as políticas públicas, e a negação de outros direitos que não lhes são garantidos. Contribuindo para a vulnerabilidade social destas famílias, culminando com a desproteção dos integrantes que a constituem, especialmente crianças e adolescentes. Estes fatores sociais, podem ser destacados como facilitadores da violência, pois devido a um montante de frustrações presentes nestas situações de desamparo social, fica mais sucessível a decorrência de atos violentos principalmente contra segmentos mais frágeis, como o infantojuvenil.

A violência contra criança e adolescente vem se apresentando no Brasil como um problema de saúde pública, devido ao elevado número de vítimas atingidas e pelos impactos sociais, econômicos e pessoais que causam MINAYO (1994). Esta problemática apresenta-se também como expressão da questão social, e merece extrema atenção ao fenômeno, principalmente nas suas causas externas, que são agressões provocadas por terceiros e as lesões autoprovocadas, onde a maior vítima é a população infanto-juvenil.

Verificou-se no Mapa das Violências de 2012, que no ano de 2010 das mortes por causas externas, ou seja, as mortes que tem como causa a violência ou acidentes, no Brasil 26,5% dos 100.000² óbitos eram resultantes de violências contra crianças e adolescentes. Geralmente sendo provocada de forma intrafamiliar, ou seja, por pessoas que são próximas à vítima, com quem ela possui algum laço afetivo, não necessariamente com vínculo consanguíneo. O ato violento acaba por desconstruir este laço afetivo, e a confiança depositada da criança/adolescente em uma pessoa a quem ela tinha como referência, causando prejuízos incalculáveis no desenvolvimento futuro destas.

A violência acometida a criança e ao adolescente é definida pelo Ministério da Saúde de forma mais ampliada, “como quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas” (BRASIL, 2001, p.28).

A Organização Mundial da Saúde define a violência como sendo “uso força poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma

²Mapa da Violência 2012 – Crianças e Adolescentes do Brasil (p.12). Disponível em http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf, acessado em 13 de maio de 2014.

comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002). Esta organização não engloba o aspecto da violência contra crianças e adolescentes nesta definição, dando a devida atenção ao fenômeno, apresentando uma compreensão de forma mais ampliada, caracterizando-a “por qualquer forma de maus-tratos físicos e emocionais, negligência, exploração comercial, sexual ou outro tipo de exploração, resultando em dano à saúde, à sobrevivência e ao desenvolvimento da criança” (OMS apud SEGER, 2010).

Para explicitar os aspectos e as relações entre os diferentes tipos e natureza da violência, a Organização Mundial da Saúde se utiliza de um modelo que a classifica em três grandes categorias, divididas em tipos de violência mais específicos, segundo a violência praticada contra si mesmo (autoprovocada), por indivíduos ou grupos (interpessoal), e por organizações maiores (coletiva) praticada por estados, grupos armados, milícias e grupos terroristas (BRASIL, 2012, p. 28).

Os agravos da violência em diferente natureza são atozes na vida das crianças vitimizadas, e se atenua quando a situação violenta é mais precoce, intensa ou prolongada, causando maiores e permanentes danos que afetam o desenvolvimento infantil, podendo prolongar-se até a fase adulta, sendo considerado como um fator endêmico no país, visto o grande contingente da população que atinge, conforme já referenciado. Desta forma, o Ministério da Saúde se posiciona diante a esta problemática, implementando a partir dos anos 2000 propostas no âmbito da saúde de maior atenção a essa dimensão de saúde pública.

Entendendo a violência acometida contra criança e o adolescente como um agravo à saúde, que resulta em prejuízos de grandes proporções a estes e suas famílias. Esta realidade requer que a política de saúde passe a executar ações de maior atenção a este aspecto, identificando como uma das primeiras necessidades a ser atendida, a importância da descrição das características dos casos de violência e acidentes que acontecem no Brasil, por meio de ações efetuadas pela vigilância em saúde. Neste viés, passa a ser efetivado o sistema de implementação da notificação de violências em todos os serviços de saúde, onde as secretarias de saúde começam a ter uma maior dimensão do aspecto da violência, possibilitando uma vigilância contínua, para poder pensar-se em promoção, prevenção e atenção a saúde.

Assim, o Estado por meio da política de saúde, responde a uma demanda vinda da sociedade e de movimentos sociais de defesa dos direitos da criança e do adolescente,

estabelecendo formas de enfrentamento desta realidade, formando, junto a outras políticas sociais, uma rede de proteção social a este segmento em vulnerabilidade social.

2.2 As Políticas Sociais voltadas a Criança e o Adolescente e as formas de enfrentamento à violência

O Estado responde diretamente às necessidades da classe trabalhadora na elaboração e efetivação de políticas sociais, desta forma garantir direitos às crianças e adolescentes em situação de violência requer pensar em como o Estado, em conjunto com a sociedade civil, articula a necessária proteção social às famílias, as quais estão integradas as vítimas deste fenômeno. Já que, compreende-se que para as crianças e adolescentes estarem protegidos à de se fornecer às famílias condições para exprimir tal função, ou seja, elas devem superar dificuldades decorrentes das mazelas sociais que perpassam o seu cotidiano.

Além da superação de tais dificuldades, torna-se imprescindível à criação de maneiras que mude a conjuntura que origina tais situações, sendo isto possível somente por meio de um trabalho de resolutividade junto às famílias vitimizadas, pois mesmo vivenciando um processo doloroso de ruptura de direitos, elas apresentam um poder de resistência diante destas fragilidades, culminado no desenvolvimento da resiliência³.

No entanto, para que as crianças/adolescentes e suas famílias vítimas tenham condições de enfrentar tais situações adversas, existe a necessidade da implementação de políticas sociais por parte do Estado que construam uma efetiva rede de proteção social.

Sabendo que as políticas sociais são respostas dadas pelo Estado frente às demandas colocadas pela sociedade civil, principalmente vindas de reivindicações de movimentos sociais, caracterizando-se

(...) pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nestas áreas, uma perspectiva publicista de cogestão governo/sociedade. (FLEURY, 2003, p.416)

³ “A resiliência é compreendida como a capacidade de superar adversidades e de lidar positivamente com situações difíceis, como por exemplo, as de violência, que têm alto potencial de produzir muito sofrimento”. (BRASIL,2012,p.14).

Assim, a partir dos anos 80 do século passado, os embates travados pela sociedade civil frente aos representantes do Estado democrático de direito, impulsionou transformações do sistema de políticas sociais, e consolidou a Constituição Federal de 1988, esta em que seus artigos 227, 228 e 229 reconhece a criança e o adolescente como representantes na sociedade, os compreendendo como sujeitos de direitos e objeto de proteção integral.

Esta conquista se deu através de uma organização alavancada pela sociedade civil, que exerceu a sua função política ocupando o seu espaço no processo de democratização do Estado brasileiro. Tornando as decisões tidas pelo Estado, permeáveis às influências desta sociedade organizada, bem como constituindo um espaço de legitimidade de suas lutas contra qualquer forma de exclusão política e social, reconhecendo qualquer cidadão como portador de direitos.

Com este contexto favorável de mudanças, os movimentos sociais de defesa dos direitos das crianças e adolescentes, aos poucos foram mobilizando na Assembleia Constituinte aparatos legais que assegurassem a proteção deste público, sendo o mais importante promulgado em 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), definindo em seu artigo 4º

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, 1990).

A partir deste marco, destaca-se a institucionalização em 1991 do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente, e a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), em 1993, que abarcam o atendimento à criança e ao adolescente previsto nas ações de atendimento às políticas municipais, por meio da assistência social, efetivando-se nas diretrizes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nos níveis de proteção social básica e especial, destinadas para este público. E assim dando continuidade à regulamentação das disposições da Constituição Federal e do ECA⁴.

Segundo Perez e Passone (2010), se faz importante salientar que toda a política social é planejada no direcionamento de um Sistema de Garantia de Direitos, sendo este composto por três eixos; promoção, defesa e controle social. Na política de atendimento à

⁴ Estatuto da Criança e do Adolescente, BRASIL, 1990.

infância e adolescência o eixo da Promoção, compreende as políticas sociais básicas (assistência social, saúde, saneamento, educação, moradia etc.), e as ações do poder executivo e do conselho de direitos; o eixo da Defesa abarca a proteção especial do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), os Conselhos Tutelares, os centros de defesa da criança e do adolescente, o Ministério Público, o Judiciário e a Segurança Pública, com suas delegacias especializadas; por último, o eixo do Controle Social, que acolhe a representatividade da sociedade civil como um todo; Conselhos de Direitos, Fóruns de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes.

Este sistema vem sendo formado por um conjunto de instituições, entidades, programas e serviços de atendimento para crianças, adolescentes e suas famílias, público e privado, “os quais devem atuar de forma articulada e integrada, nos moldes previstos pelo ECA e pela Constituição Federal, com o intuito de efetivamente implementar a Doutrina da Proteção Integral, por meio da política nacional de atendimento infanto-juvenil” (PEREZ; PASSONE, 2010, p.667).

A política de saúde, que integra este Sistema de Garantia de Direitos para a população infantojuvenil, está atenta ao que promulga o capítulo I do Estatuto da Criança e do Adolescente, especialmente em seu artigo 13º, que diz que “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. (ECA, 1990)”. No que se refere ao Direito à Vida e a Saúde desta população, apresentando por meio do Ministério da Saúde estratégias de promoção, prevenção e atenção às formas de violência.

2.3 O papel da política de saúde a partir dos serviços de saúde e dos profissionais

A saúde no Brasil começa a ser pensada para todos os cidadãos a partir do final da década de 1970, quando diversos atores da sociedade, como; movimentos sociais, profissionais da saúde e estudantes, construíram o projeto da Reforma Sanitária brasileira. Este projeto norteava-se por uma crítica

(...) à concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde

e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde. (VASCONCELOS, 2009, p.76).

O projeto tomou grandeza e transformou-se num movimento intitulado Movimento da Reforma Sanitária, que conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público na direção de uma nova forma de entender o fator saúde. Bem como, o reconhecendo na perspectiva de direito de todos os cidadãos, em oposição ao modelo privado, que figurava a saúde como mercadoria. Tal movimento ganhou força durante a 8ª Conferência Nacional da Saúde, em 1986, mobilização de grande abrangência que teve aprovada a bandeira da Reforma Sanitária.

Do relatório desta Conferência, pautaram-se recomendações que serviram de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária, na reformulação da Constituição Federal. Estas reformulações previam um novo sistema de Seguridade Social que compreende a saúde, a assistência e a previdência social, garantindo

(...) a universalidade, equidade, uniformidade e equivalência, irredutibilidade dos valores dos benefícios, gestão democrática, descentralizada e participativa, como princípios e objetivos da Seguridade Social, garantindo seu caráter público e de responsabilidade do Estado (VASCONCELLOS, 2009, p.77).

Tão grande foi a mobilização do Movimento da Reforma Sanitária que em resposta, a Assembleia Constitucional realizada em 1987, incluiu na Constituição Federal/1988 a reorganização das políticas sociais, no qual o modelo da Seguridade Social passa a estruturar a organização e o formato da proteção social brasileira. Em busca da universalização da cidadania, atribui-se ao Estado a responsabilidade frente às necessidades da sociedade. No que tange a saúde, esta está assegurada no Art.196

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988).

A partir desta responsabilização do Estado pelo direito à saúde da população, pautado pelos mesmos princípios abordados durante o movimento sanitarista brasileiro, é regulamentada a Lei Orgânica de Saúde (LOS nº8080/90), que diz respeito ao Sistema Único de Saúde, que requer como proposta “a municipalização de um modelo assistencial que contemple a diretriz de integralidade, ou seja, que contemple além da assistência individual, a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica” (VASCONCELOS apud CARVALHO, SANTOS, 1991, p.77).

O Sistema Único de Saúde, traz o direito a saúde em seu artigo 3º como sendo “a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL,1990). Ou seja, na nova concepção de saúde, esta, não é mais reconhecida apenas pela existência do adoecimento, a concepção de saúde passa a englobar os determinantes e condicionantes sociais que possam estar prejudicando a manutenção do bem estar do cidadão.

Desta maneira, o Ministério da Saúde começa a planejar suas ações, regido principalmente pelo segundo princípio do Sistema Único de Saúde, que diz respeito à “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

No que se refere ao fenômeno da violência contra crianças e adolescentes, o gestor federal do SUS, a partir do ano 2000 começa a dar uma maior atenção a este impacto na saúde pública, visto o grande contingente da população que atinge, conforme já referenciado no presente trabalho.

Em 2001, publicou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências⁵ e definiu um instrumento de notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou confirmação de violências contra crianças e adolescentes. A partir de 2006 realinhou os eixos de ações relativas à promoção à saúde e à atenção integral às pessoas em situação de violência, no conjunto de diretrizes e ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde⁶, da Política Nacional de Atenção Básica⁷ e das diretrizes para organização de redes de atenção integral às urgências, em consonância com as três esferas de gestão do SUS (município, estado e União).

Entre uma de suas ações, formulou em 2012 o material intitulado, Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, um instrumento utilizado nos serviços de saúde pública, que contém orientações para gestores e profissionais de saúde para o atendimento destes casos.

⁵ Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed. Acesso em 04/04/2016.

⁶ Política Nacional de Promoção à Saúde. Disponível em http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2013_14.57.23.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf. Acesso em 04/04/2016.

⁷ Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em 04/04/2016.

A Linha de Cuidados define-se como

(...) uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou da integralidade do cuidado, um dos princípios do SUS, que busca articular a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas para a garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes. (BRASIL, 2012, p.8).

Tal material aborda orientações para que crianças e adolescentes que estejam vivenciando alguma situação de violência, sejam atendidas nos serviços de saúde por onde passarem, juntamente com suas famílias, de maneira integral. Assegurando assim, um de seus direitos fundamentais, que diz respeito do direito à vida e a saúde trazido pelo art. 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente que diz: “a criança e o adolescente têm direito a proteção a vida e a saúde, mediante a efetivação de políticas sociais que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (ECA, 1990).

A rede de serviços do SUS constitui-se num espaço relevante para a identificação de casos de violência contra crianças e adolescentes, visto ser um lugar de grande circulação deste público, onde recebem atendimentos para vacinação, pesagem, consultas médicas, entre outros. Constitui-se por serviços que são acessados, em sua grande maioria pela população menos favorecida da sociedade, e por consequência a classe mais vulnerável à ocorrência de violência.

A Linha de Cuidados aborda para o sucesso do atendimento integral às crianças e adolescentes vítimas e suas famílias, as dimensões do acolhimento, do atendimento, da notificação, dos cuidados e da proteção, chama atenção para as especificidades desses sujeitos, buscando alertar os profissionais para vulnerabilidades, riscos e possibilidades de prevenção, cuidados e proteção. O diagrama abaixo mostra o passo a passo destas dimensões de cuidado, propostas por tal documento.

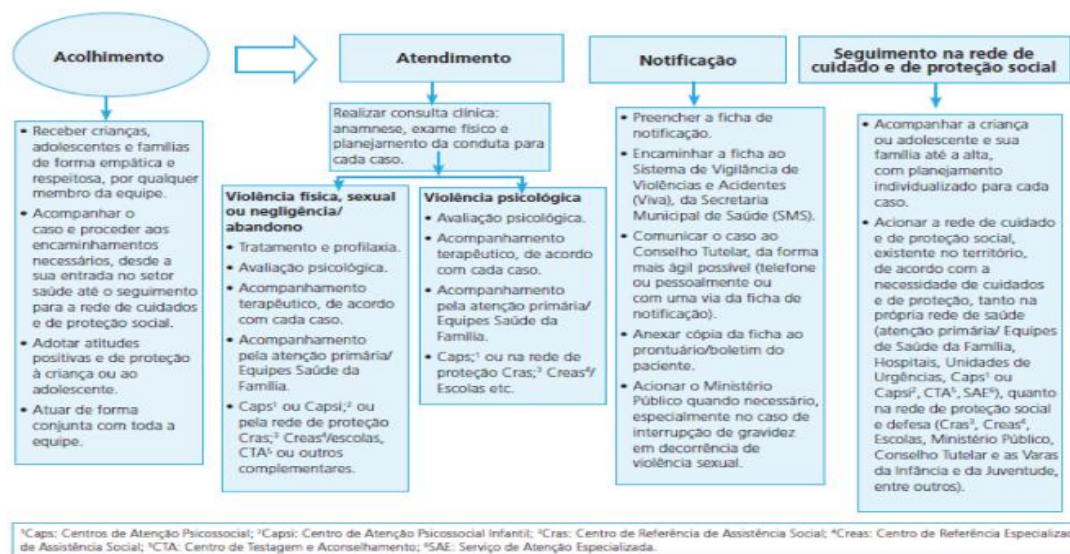


Diagrama: Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências⁸.

A implantação da Linha de Cuidado no dia a dia do trabalho prestado às crianças e adolescentes permitiu, aos diferentes serviços e níveis de atenção da saúde: a) organizar e articular serviços para a garantia do acesso, cuidado e proteção a este público e suas famílias; b) organizar um fluxo de atendimento contínuo no serviço de saúde que atendeu tal demanda; c) que a vítima e sua família sejam atendidos por uma rede de proteção social; e d) promover a capacitação dos profissionais da rede de cuidados em todos os níveis de atenção à saúde.

Para que esta Linha de Cuidados tenha êxito em sua aplicação, é preciso que todos os treze profissionais da saúde que são reconhecidos pelo Conselho Nacional da Saúde⁹, estejam dispostos a dar a devida atenção a este aspecto da saúde pública de grande impacto social. Valendo-se de que o Estatuto da Criança e do Adolescente trata em seu artigo 245 que

Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (ECA, 1990).

⁸ Fonte: Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. Brasil, 2012.

⁹ Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº218 de 06/03/1997. Reconhece como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos; profissionais de educação física; enfermeiros; farmacêuticos; fisioterapeutas; fonoaudiólogos; médicos; médicos veterinários; nutricionistas; odontólogos; psicólogos; e terapeutas ocupacionais.

Reconhecendo o seu papel importante no cuidado de crianças e adolescentes, ao identificar uma situação de confirmação ou suspeita de violência, espera-se dos profissionais da saúde, que criem vínculos com as famílias vitimizadas, respeitando suas individualidades e singularidades, fomentando a capacidade protetora destas famílias através de orientações, com linguagem simplificada, calcadas no conhecimento intelectual que o profissional tem em acúmulo, construindo um atendimento acolhedor e livre de julgamentos morais. O profissional da saúde deve compreender também, que as situações de violência vividas por crianças e adolescentes são complexas, sendo assim, se faz necessária abordagens de forma interdisciplinar, onde

a participação de profissionais com formações diversas na abordagem dos casos de violência contra crianças e adolescentes, como médicos, dentistas, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, pedagogos e psiquiatras podem ajudar a evidenciar as marcas e sequelas que não se encontram na pele ou no órgão, mas que, muitas vezes, podem ser desastrosas. (BRASIL, 2012, p.60).

O trabalho em equipe é fundamental sob diversos aspectos, tais como assegurar que a avaliação e o encaminhamento das situações aconteçam de forma coerente, e que as mesmas sejam orientadas por princípios éticos. A complementariedade advinda das diferentes percepções e concepções teóricas metodológicas específicas de cada profissional, serve como um norteador para o desenvolvimento de um plano de atendimento integral. Uma vez que a violência intrafamiliar, como abordado anteriormente, é concebida como um fenômeno complexo e dinâmico, exigindo uma ampla gama de conhecimentos teóricos e técnico operativos que possibilitem a atenção à família.

O profissional do serviço social compõe a equipe interdisciplinar, por ser uma profissão na divisão social e técnica do trabalho que integra a área da saúde. Os assistentes sociais na saúde vêm atuando majoritariamente na execução terminal da política, compondo os serviços de saúde em todos os níveis de atenção do SUS¹⁰ encontrando-se em maior número na alta complexidade, como afirma Bravo, 2004.

¹⁰ Modelos de Atenção à Saúde - O modelo proposto pelo SUS incorpora os princípios: do acesso universal, no qual qualquer cidadão brasileiro tem o direito de acessar serviços de saúde com qualidade; da integralidade da assistência, ordenando o cuidado com a saúde nos níveis de atenção básica, média e alta complexidade; de participação social em todos os espaços de decisão e avaliação, inclusive do financiamento do SUS. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf Acessado em 12/06/2016.

Em seu contexto histórico, o Serviço Social é uma profissão que vem sendo requisitada a atuar frente às desigualdades sociais causadas pela questão social, que é apreendida como

O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2007, p.64).

Estas expressões se mostram no cenário cotidiano da realidade em que os sujeitos situam-se, onde está o espaço para o desenvolvimento das ações do profissional do Serviço Social, “um cenário macrossocial, político e econômico adverso que conduz à reprodução e à intensificação de profundas desigualdades sociais expressas no cotidiano da população” (AZAMBUJA, 2011, p.262). As desigualdades sociais se expressam para os assistentes sociais dentro de todos os campos de atuação em que se inserem, não sendo diferente na política da saúde.

O conceito de saúde adotado pela Lei nº8080/1990, que promulga o SUS, ressalta as expressões da questão social como sendo fatores determinantes e condicionantes no impacto do processo saúde-doença da população. Chamando diretamente o assistente social a atuar com o objetivo, de identificar vulnerabilidades e riscos sociais que possam interferir no processo de saúde e adoecimento dos usuários,

(...) articulando ações que possam efetivar os princípios do SUS, atuando por meio das ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis (CFESS, 2010, p.43).

As ações interventivas do assistente social são pautadas pelas normativas legais que regem a profissão, constituídas na existência de um corpo teórico metodológico e técnico-operativo, sustentada por uma sólida concepção ético-política explicitada na Lei nº8662/93 e na Resolução nº273/1993¹¹. Amparados por estas normativas os profissionais do Serviço Social vêm atuando frente a diversas expressões da questão social, que exigem destes uma competência política, e propositiva em suas intervenções, devido ao aumento de demandas resultantes destas refrações cada vez mais complexas e multifacetadas.

¹¹ Lei 8662/93 de Regulamentação da Profissão. CFESS/1993. Resolução CFESS nº 273 de 13 de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional do/a Assistente Social e dá outras providências. CFESS/1993.

A violência contra criança e adolescente é reconhecida como uma destas difíceis demandas de intervenção para o assistente social, visto que exige “ação de profissionais que tenham consciência de sua práxis, ou seja, de profissionais que busquem em sua ação uma determinada finalidade com intencionalidade definida” (FORESTI apud AZAMBUJA, 2012, p.264). Trata-se de um fenômeno social que provoca drásticas consequências, por vezes físicas, mas principalmente emocionais, na vida de crianças, adolescentes e suas famílias.

Entendida como um aspecto grave na sociedade, a violência na infância e adolescência é considerada um fenômeno sócio histórico presente nas relações familiares. Diante a esta grave expressão da questão social, o assistente social busca ações que possam efetivamente garantir a proteção e a consolidação da cidadania deste público, buscando romper com ciclos abusivos à qual a criança ou o adolescente venha a estar sendo submetida.

O compromisso ético do Assistente Social frente a qualquer forma de violência contra o público infantojuvenil está pautado em seus princípios éticos fundamentais, especialmente em seu segundo princípio que afirma a “defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo” (CFESS/1993), por ser a violência caracterizada como uma forma atroz de violação dos direitos humanos fundamentais.

Além de responder lealmente aos princípios trazidos em seu Código de Ética, o assistente social mostra-se atento as normativas legais de proteção ao público da infância e adolescência, pois dá a atenção devida à situações de violência, atendendo ao que está pressuposto nos artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, que já foram citados no presente trabalho. Desta forma, passa a garantir os direitos fundamentais deste público, demonstrando estar articulado com o aparato legal que ampara este segmento populacional.

Nesse contexto, é fundamental o comprometimento ético do assistente social com a causa da infância e da juventude, fazendo-se “assim necessário intervir junto à realidade e aos sujeitos envolvidos nesse processo na perspectiva da totalidade, evitando-se a fragmentação, a banalização ou a generalização das explicações a respeito da violência” (SILVA, apud AZAMBUJA, 2011, p.264). Esta intervenção somente será possível por meio da apropriação teórico metodológica dos conceitos que regem o tema da violência, e um constante exercício de consolidação de competências e de reflexão sobre concepções ético, político e teórico-metodológico que norteiam o trabalho dos assistentes sociais.

2.4 A experiência do Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PPC/HCPA)

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), é uma instituição de saúde reconhecida a partir da figura jurídica de uma Empresa Pública de Direito Privado. Ou seja, o HCPA é hoje uma empresa gerida por financiamento público, tendo como finalidade prestar serviço público de saúde à população nos níveis de atenção à saúde de média e alta complexidade, em todo o território nacional.

O Serviço Social encontra-se presente no Hospital de Clínicas de Porto Alegre atuando junto às diversas clínicas, elaborando planos específicos para cada área, buscando identificar os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde/doença, sejam eles a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. A ação profissional do Serviço Social no HCPA tem como finalidade o planejamento e execução de intervenções específicas, viabilizando os serviços prestados na Instituição à população, em nível de assistência, ensino e pesquisa norteada pelos princípios do Código de Ética Profissional do Serviço Social, atuando com o objetivo de identificar vulnerabilidades e riscos sociais que possam interferir no processo de saúde e adoecimento dos sujeitos, e articulando ações que possam efetivar os princípios do SUS.

Dentre os ambientes de inserção dos assistentes sociais estão os programas específicos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, voltados a atender situações de maior atenção ao fator saúde dos pacientes, dentre eles está o Programa de Proteção à Criança (PPC). O Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, surge devido à percepção do setor do Serviço Social, de que situações identificadas de violência infantil na Unidade de Internação Pediátrica do HCPA era pouco.

Com o apoio institucional, inicialmente formou-se um grupo de profissionais composto por assistente social, psicóloga e psiquiatra para onde foram sendo encaminhadas todas as situações de suspeita ou confirmação de violência, identificadas pelos trabalhadores de saúde no hospital. Gradativamente o grupo de profissionais foi aumentando, integrando-se a ele profissionais da enfermagem, medicina pediátrica e

recreação consolidando-se em um reconhecido programa institucional, sob a coordenação do Serviço Social.

O Programa de Proteção à Criança do HCPA atende diferentes situações de violência acometidas as crianças/adolescente que são atendidos pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O público atendido pelo Programa de Proteção à Criança “sofre com o fenômeno da violência em um de seus três tipos; a violência interpessoal, sendo relacionada à sua natureza: física, sexual, psicológica e negligência, que ocorrem no âmbito da família (intrafamiliar)”. (BRASIL, 2012, p.28).

No decorrer de seus dezoito anos de atuação intervindo nas diferentes situações de violência contra crianças, e adolescentes de até 14 anos, o Programa de Proteção à Criança do HCPA vem certificando que o art. 13 da legislação específica à proteção integral de crianças e adolescentes seja efetivado neste serviço de saúde, bem como, garantindo o direito constitucional prescrito no art. 227 da Constituição Federal, que afirma ser

(...) dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, (...), além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (...).

A equipe de profissionais da saúde que integra o Programa de Proteção à Criança vem trabalhando com um enfoque interdisciplinar, onde diferentes saberes associam-se a ações interventivas no intuito de minimizar as sequelas que atos de violência, podem vir a causar as crianças, adolescentes e seus familiares, que estão sendo atendidos nas unidades de internação pediátrica; ambulatório ou em outras áreas de atenção à criança no Hospital.

Na condição de estagiária do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, através de sua inserção neste espaço, a partir do segundo semestre de 2013, esta autora pôde vivenciar junto à equipe interdisciplinar do Programa a realidade de crianças, adolescentes e suas famílias vítimas da violência.

Durante este curto período de formação profissional teve-se a possibilidade de constatar

Como alarmante o grande número de situações de violência, em quase sua totalidade intrafamiliar, e de natureza sexual, que são compartilhadas pelos profissionais do campo da saúde da criança do Hospital nas reuniões semanais da equipe interdisciplinar do PPC. (FERRAZ, 2014, p.9).

Frente a esta realidade, mostrando-se atenta ao fenômeno da violência, em seu período de estágio foi proposto, por intermédio de seu Projeto de Intervenção, proposições interventivas que dizem respeito ao ato de notificar situações de violência contra crianças e

adolescentes, junto aos profissionais, residentes e estagiários do campo da saúde da criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Assim como, a importância desta proposta de intervenção na contribuição do processo de formação permanente aos profissionais da equipe do Programa de Proteção à Criança (PPC), apontando-se a necessidade de momentos de reflexão e estudo sobre este complexo fenômeno trabalhado por este grupo de profissionais da saúde.

Entre uma das atividades propostas, estava uma destinada à efetivação do processo de preenchimento das fichas de notificação do Sistema Nacional de Informações e Agravos de Notificação (SINAN) dos casos acompanhados pelo PPC. Esta atividade foi de grande importância para o Programa de Proteção à Criança do HCPA, pois fomentou a obrigatoriedade do preenchimento das fichas de notificação, ampliando em 60% as notificações efetivadas pelos profissionais do campo da saúde da criança desta instituição¹².

Em um levantamento de informações obtidos no banco de dados internos do Programa de Proteção da Criança do HCPA, de posse da coordenadora do Programa, no ano de 2013 identificou-se que 63 casos atendidos foram notificados, já no período entre julho de 2014 e novembro de 2014, 15 dos 21 casos atendidos pelo PPC já haviam sido notificados¹³. Constatando assim uma mudança significativa no aumento do número de notificações realizadas no PPC, a partir da execução do Projeto de Intervenção da estagiária do Serviço Social.

Desta forma, os profissionais que atuam no Programa de Proteção à Criança do HCPA passaram a valorizar o instrumento de notificação, o entendendo como uma forma de estar assegurando o direito da criança ou adolescente vítima de ser atendido com efetiva proteção e integralidade de atendimento no Sistema Único de Saúde.

¹² FERRAZ, Larissa Ferreira. Relatório Final de estágio III da aluna de Serviço Social. UFRGS,2014.

¹³ FERRAZ, Larissa Ferreira. Relatório Final de estágio III da aluna de Serviço Social. UFRGS,2014.

3 SISTEMA PÚBLICO DE NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O presente capítulo disserta sobre como se dá a estrutura da rede de notificação na saúde, trazendo sua origem e funcionamento. Também traz um estudo de dados notificados no município de Porto Alegre de um grupo caracterizado de crianças e adolescentes vítimas, onde se realiza uma análise descritiva analítica sobre o perfil das vítimas, as unidades de saúde que mais notificam, o tipo de violência mais incidente e os encaminhamentos que vêm sendo feitos na rede de proteção social e de saúde. Após é feita uma análise de como vem ocorrendo o fluxo pós - notificação no município de Porto Alegre, de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.

3.1 A rede de notificação

O Sistema Único de Saúde (SUS) traz entre os princípios norteadores de sua gestão a universalidade, integralidade e equidade dos serviços prestados, buscando atender a população em sua totalidade e não de forma fragmentada. Sendo assim, inclui em seu artigo 6º como campo de atuação do SUS ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, atentando-se aos dados de agravos e endemias que atingem os segmentos populacionais do país.

A vigilância epidemiológica integra os Serviços de Vigilância em Saúde, e tem a missão de propor ações de vigilância a combates de endemias e agravos à população, exercendo a prática de monitoramento e controle através do Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). O SINAN apresenta como objetivo

(...) coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória. (BRASIL, 2007, p.9)

O sistema consegue assim padronizar a coleta e o processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, acabando por fornecer informações para a análise do perfil da morbidade e contribuir, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. Sua forma descentralizada de aglutinação de dados epidemiológicos contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais da saúde tenham acesso às informações e as tornem disponíveis para a comunidade, mostrando-se “um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.” (BRASIL, 2009, p.44).

Atualmente o SINAN é alimentado principalmente pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos, que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória, conforme Portaria 1271 de junho de 2014¹⁴, no entanto é permitido aos estados e municípios incluir outras questões de saúde pública que considerem importantes para a sua região.

A violência sendo reconhecida como um agravo à saúde integra a lista de casos que devem ser notificados compulsoriamente. Em especial, os casos de violência onde às vítimas são crianças e adolescentes, esta obrigatoriedade é cobrada em legislações específicas de direitos deste público, como já foi explicitado no presente trabalho.

Anteriormente a inserção dos agravos de violência no SINAN módulo/net, este aspecto que afeta diferentes segmentos populacionais, entre eles crianças e adolescentes, já recebia atenção nas ações de vigilância à saúde, uma das primeiras necessidades a ser atendida foi dá importância da descrição das características dos casos de violência e acidentes que aconteciam no Brasil. Os dados característicos se limitavam às informações fornecidas pelos Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e, ocasionalmente, pelas análises dos boletins de ocorrência policial e inquéritos.

Devido a esta diversidade de formas de coleta de dados, que dificultava a unificação dos dados obtidos, o Ministério da Saúde implantou em 2006, o Sistema de

¹⁴ Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acessado em 28/04/2016.

Vigilância e Violências e Acidentes (VIVA), ampliando o leque de variáveis contempladas no monitoramento desses agravos que atinge diferentes seguimentos da população.

Após a validação deste sistema e avaliação de todo o processo de implantação do VIVA sob um primeiro formato, foi discutida a possibilidade de inserir um módulo de violência no Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net) no ano de 2009, como forma de universalização da vigilância contínua. Visto que a abrangência de cobertura nacional e consolidação da notificação do Sinan Net no SUS, facilita a expansão do VIVA, e garante a sustentabilidade da notificação de violências. O Sinan foi implantado de forma gradual a partir de 1993, sendo regulamentado o seu uso em 1998, a partir da definição de um novo software para o Sinan, além de definir estratégias para sua imediata implantação em todo o território nacional, através da Portaria Funasa/MS n.º 073 de 9/3/98 (BRASIL, 1998), tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos municípios, estados e Distrito Federal, sob a responsabilidade das Secretarias de Vigilância em Saúde (SVS).

O Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação disponibiliza virtualmente as Fichas de Notificação Individual/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, onde todos os serviços de saúde tem acesso¹⁵. Esta ficha deve ser preenchida pelo profissional de saúde que identificou a situação de suspeita ou confirmação de violência em três vias, onde a ficha original será encaminhada ao serviço de Vigilância em Saúde/Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município; a segunda irá para o conselho tutelar e/ou autoridades competentes (Varas da Infância e da Juventude ou Ministério Público) e a terceira ficará na unidade de saúde que notificou o caso de violência.

A sistematização dos dados permite caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas contra crianças e adolescentes, o perfil das vítimas e dos prováveis autores da agressão, para que o poder público e as três esferas da gestão do SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal, definam prioridades e estabeleçam políticas públicas de prevenção de violências e de promoção da saúde e da cultura de paz.¹⁶

Define-se assim, que o ato de notificar pode contribuir para a interrupção de um ciclo de violência que a família e a criança/ adolescente estão vivenciando. Visto que os

¹⁵ Modelo da ficha de notificação do SINAN, encontra-se em anexo.

¹⁶ A promoção da saúde e da cultura de paz baseia-se no fortalecimento de fatores que protegem a pessoa, fazendo-a evitar ou controlar os riscos. Tem como base o estímulo das capacidades e o exercício do autocuidado e da ajuda mútua. Contempla requisitos como paz, educação, justiça social e equidade(BRASIL,2009,p.13)

serviços de saúde em seus diferentes níveis de atenção, por meio de seu quadro funcional, se mostram atentos a esta importante ferramenta de promoção e atenção à saúde, que é a efetivação do preenchimento das fichas de notificação pelo Sinan, entendendo-a como um meio de prover assistência, dar atenção e de cumprir os deveres éticos dos profissionais.

3.2 Dados sobre violência contra a criança no município de Porto Alegre

A partir das vivências no período de estágio curricular no Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e no decorrer do processo de realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), algumas dúvidas e inquietações foram surgindo em relação aos dados abarcados pelo Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) sob o módulo VIVA, de agravos da violência contra crianças e adolescentes no município de Porto Alegre.

Visto a violência contra este segmento populacional ser considerada extremamente prejudicial, capaz de causar danos que refletem no desenvolvimento futuro deste, sendo necessária toda a atenção possível ao fenômeno, decidiu-se por realizar um estudo quantitativo baseado nos dados epidemiológicos coletados pelo SINAN/ módulo VIVA CONTÍNUO, do município de Porto Alegre. Este módulo armazena os Dados Vitais e das Doenças e Agravos não transmissíveis – DANT¹⁷.

Segundo a Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde de Porto Alegre, as Doenças e agravos não transmissíveis (DANT), são doenças ou agravos cuja etiologia não está diretamente relacionada a um agente biológico, mas a múltiplas causas de origem física, social, econômica e ambiental. No Brasil, as DANT congregam as chamadas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) acrescidas dos acidentes e violências. (CGVS/ SMS/PMPA).

Sendo assim, a obtenção destes dados deu-se pelo livre acesso ao site da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, através da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, onde dispõe todos os Dados Vitais e das Doenças e Agravos não transmissíveis, coletados pelo Sistema Nacional de Informações e Agravos de Notificação, armazenados no módulo VIVA CONTÍNUO.

¹⁷ Secretaria Municipal de Saúde/ Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Disponível em http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p_secao=228 . Acesso em 05/05/2016.

Neste site, teve-se acesso a dados publicados que dizem respeito: à unidade de saúde de referência das vítimas; distrito de referência; gerência distrital de referência; data da notificação da violência; data de óbito (se houver); ano da notificação; unidade notificadora; data de nascimento da vítima, idade, faixa etária, sexo; tipos de violência, meios de agressão; número de envolvidos; relação do agressor com a vítima, sexo do agressor, faixa etária do agressor; realização de profilaxias; encaminhamentos legais; encaminhamentos na saúde, e CID da violência. Todos estes dados encontram-se publicados em Planilhas eletrônicas (Excel) que possibilitam a sua tabulação em valores absolutos, porcentagens e coeficientes.

As referidas planilhas constam todos os dados das notificações, de todos os agravos relativos ao VIVA contínuo, vislumbrando a magnitude das violências e dos acidentes no município de Porto Alegre. Para a realização do presente estudo, a partir dos dados acessados foi realizado um recorte das notificações feitas no município entre os anos de 2011 e 2013, onde também definiu-se um segundo recorte de campo, que diz respeito à faixa etária de 0 a 14 anos¹⁸, em que identificou-se o gênero, a cor/raça de maior incidência de violência, o tipo de violência predominante, as principais unidades de saúde notificadoras e os encaminhamentos realizados na rede de saúde e de proteção social.

Assim, com a tabulação dos dados coletados no documento, realizou-se a análise descritiva e analítica, para uma maior compreensão da realidade e obtenção dos objetivos desejados.

3.2.1. Casos de violência contra criança e adolescente notificados no município de Porto Alegre 2011-2013/ Unidades Notificadoras

O estudo trata sobre os casos notificados de violência contra crianças e adolescentes, coletados no banco de dados do SINAN/ módulo VIVA contínuo, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, entre os anos de 2011 e 2013. Foram constatadas 4.885 notificações, conforme o gráfico, neste espaço de tempo.

Gráfico 1- Notificações de violência contra crianças e adolescentes Do município de Porto Alegre 2011-2013

¹⁸ A escolha do recorte de faixa etária de 0 à 14 anos, relaciona-se com a experiência vivida pela autora durante seu período de estágio obrigatório no PPC/HCPA, onde o público atendido pelo Programa era de crianças, e adolescentes até 14 anos de idade.



Fonte: Dados VIVA CONTINUO/ SINAN. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

No Brasil, todos os serviços de saúde estão aptos a notificar situações de violência, à qual os trabalhadores da saúde tenham suspeita ou confirmação de tal situação. Como já referenciado no presente trabalho, os profissionais da saúde possuem responsabilidades legais frente à notificação destes casos, podendo responder criminalmente por qualquer omissão.

Os serviços de saúde que são ofertados à população pelo Sistema Único de Saúde (SUS) se dão por um determinado modelo de atenção à saúde, onde

O modelo proposto pelo SUS incorpora os princípios: do acesso universal, no qual qualquer cidadão brasileiro tem o direito de acessar serviços de saúde com qualidade; da integralidade da assistência, ordenando o cuidado com a saúde nos níveis de atenção básica, média e alta complexidade; de participação social em todos os espaços de decisão e avaliação, inclusive do financiamento do SUS (BRASIL, 2009).

Independente do nível de atenção, todos os serviços de saúde tem acesso à ficha de notificação de agravos de violência fornecida pelo Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação. Conforme o gráfico 2, identificou-se que no município de Porto Alegre do total de 4.885 notificações de casos de suspeita ou confirmados de violência contra criança e adolescente registrados pelo SINAN, 1,76 % foram realizadas pelo nível básico de atenção; 11,19 % pela média complexidade de atenção à saúde; 0,92 %, não informados, e 86,12% pela alta complexidade.

Gráfico 02 - Unidades de saúde que notificaram casos de violência contra crianças e adolescentes do município de Porto Alegre 2011-2013



Fonte: Dados VIVA CONTÍNUO/ SINAN. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

O gráfico exprime a dificuldade dos profissionais da saúde, principalmente os que integram a atenção básica, frente a situações de violência. Muitos trabalhadores ao se depararem com uma situação de violência não sabem o que fazer, e acabam por atuar apenas sobre os agravos biológicos causados às vítimas, deixando de lado os encaminhamentos legais e para a rede de proteção social, sendo assim, tal situação acaba ficando invisível, não sendo documentada e nem notificada.

Esta fragilidade, como já mencionado anteriormente, é maior nos serviços de saúde que integram a atenção básica. Isto é explicitado num artigo intitulado “Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde no Brasil”, que apontou que de um grupo de 107 profissionais que atuam na unidade de Estratégia de Saúde da Família “86% dos profissionais entrevistados já suspeitaram de violência física, sexual, psicológica e negligência, mas somente 36,4% desses notificaram o caso” (SILVA, 2015, p. 146). Um dos motivos para a ocorrência deste fato diz respeito ao receio que profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde tem no momento de notificar uma situação de violência, “como a escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para isso, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional”. (SALIBA, 2007, p.473), visto que tais profissionais encontram-se em maior proximidade com a comunidade, sendo mais sucessíveis a rechaços por parte dos agressores.

Já o fato do maior índice de notificações emergirem dos serviços da alta complexidade, ocorre devido que na maioria das vezes as situações de violência contra crianças e adolescentes chegam aos espaços da alta complexidade explícitas, sendo impossível não efetivar a notificação do caso. Farinatti, afirma ainda que o

o hospital é um lugar privilegiado de observação, de proteção, de confirmação ou de informação de presunções, e permite tomar decisões a respeito da crise familiar, além de evidente cura de suas lesões sofridas. Os maus-tratos se configuram em um problema de saúde pública, o que coloca o hospital no centro nodal da atenção médico-social à própria criança. (FARINATTI apud SEGER 2001, p. 123),

Desta forma, evidencia ao hospital um papel protetivo àquela criança/adolescente e suas famílias que estão passando por tal momento de violência, bem como da possibilidade destes espaços de saúde ao manterem as vítimas em internação hospitalar, terem a vantagem de uma maior investigação de uma situação de violência.

Discute-se que esta dificuldade dos profissionais da saúde darem a atenção devida às situações de violência expressas por crianças e adolescentes, condiz muito pela fragilidade do setor saúde, visto que “os documentos oficiais relacionados à violência estão postos à sociedade, porém sem uma ampla e suficiente discussão e mobilização dos protagonistas, favorecendo a manutenção de possíveis barreiras no ato de notificar, encaminhar e acompanhar os casos” (SILVA, 2015, p.147). Bem como, existe a implementação de leis, portarias e decretos relacionados à violência, por parte do Ministério da Saúde, mas somente isso não é o bastante “se a rede de proteção à violência mostra-se desarticulada, com falta de insumos e estratégias, fragilidade do conhecimento e gestão incipiente nessa esfera de combate à violência” (SIVA, 2015, p.147).

Percebe-se assim que vários fatores interferem para o baixo número de notificações de violência contra crianças e adolescentes pelos serviços de saúde, que integram a atenção básica de saúde. Além de fatores de precariedade do trabalho nos ambientes em que atuam, somam-se também a falta de instrução para realizar o manejo adequado frente a tais situações e a não oferta de momentos de capacitação a estes profissionais, para que sejam auxiliados a identificar e atender as situações de violência que lhe são apresentadas.

3.2.2. Tipo de violência

A violência contra a criança e adolescente, como já referenciado no presente trabalho, pode ser acometida em variados tipos. Estes diversos tipos estão caracterizados em três categorias em que incidem tipos de violência mais específicos, “segundo a violência praticada contra si mesmo (autoprovocada), por indivíduos ou grupos

(interpessoal), e por organizações maiores (coletiva) praticada por estados, grupos armados, milícias e grupos terroristas” (BRASIL, 2012, p.28).

A violência praticada contra si mesmo (autoprovocada), trata-se do suicídio propriamente dito, envolve atentados contra a própria vida, comportamento suicida, incluindo ideias de automutilação. Já a violência interpessoal ocorre na interação entre as pessoas, do convívio da criança e do adolescente, nas relações intrafamiliares, entre pais e filhos, homens e mulheres, irmãos, entre, outras pessoas que convivem com a criança. Nas quais estão caracterizadas as relações de poder, segundo refere MINAYO apud BRASIL,2012, é dividida em violência intrafamiliar e comunitária.¹⁹ Há ainda a violência coletiva que diz respeito à existência de algum ato violento acometido por grandes grupos ou pelo Estado, caracterizando-se por qualquer distinção, restrição ou exclusão que tenha o propósito ou o efeito de prejudicar o exercício de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro espaço da vida pública.

As crianças e adolescentes sofrem em sua maioria com a violência do tipo interpessoal, a que mais atinge este grupo populacional, por serem seres inimputáveis, incapazes de exercer sua proteção sozinhos.

Este tipo de violência exprime-se segundo sua natureza, podendo ser: física, psicológica, negligencia e sexual.

A violência física é

caracterizada como todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no corpo, e podendo provocar inclusive a morte (BRASIL, 2012, p.30)

Pode ser praticada em variadas formas, provocando lesões físicas e psicológicas graves às vítimas. Tem sido a violência mais identificada pelos serviços de saúde, por se tratar de um ato violento exposto, impossível de não ser notado.

A violência de natureza psicológica é caracterizada por ser

¹⁹ A violência intrafamiliar ocorre nas relações hierárquicas e intergeracionais. Atinge mais as crianças do que os adolescentes, em função de sua maior fragilidade física e emocional. Consiste em formas agressivas de a família se relacionar, por meio do uso da violência como solução de conflito e como estratégia de educação. Inclui, ainda, a falta de cuidados básicos com seus filhos. A violência comunitária caracteriza-se pelo fato de ser praticada entre indivíduos sem laços de parentesco, conhecidos ou desconhecidos. Exercida por pessoas em atos de violência gratuitos, estupros, violência sexual e as cometidas em instituições públicas ou privadas, tais como: escolas, serviços de saúde, comunidades e condomínios, dentre outros.(BRASIL, 2012 p,29)

toda ação que coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança ou do adolescente. Manifesta-se em forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem. (BRASIL, 2012, p.31).

Esta é a violência de natureza mais perigosa que vitimiza crianças e adolescentes, pois se dá de forma silenciosa, difícil de ser identificada pela sua falta de exposição. Também afeta o desenvolvimento emocional e mental da criança/adolescente em suas atividades de convívio social.

Já a violência sexual “é todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, visando utilizá-lo para obter satisfação sexual, em que os autores da violência estão em estágio de desenvolvimento psicosexual mais adiantado que a criança ou adolescente” (BRASIL, 2012, p.33).

Ocorre predominantemente na residência da vítima, sendo perpetrada por pessoas às quais a vítima tem confiança e mantêm uma relação de dependência, sendo o agressor pertencente ao círculo familiar da vítima. Uma violência que traz prejuízos atroz ao desenvolvimento cognitivo e emocional da vítima, devido ao período de perpetuação da situação abusiva até ocorrer o momento de descoberta e de denúncia da violência.

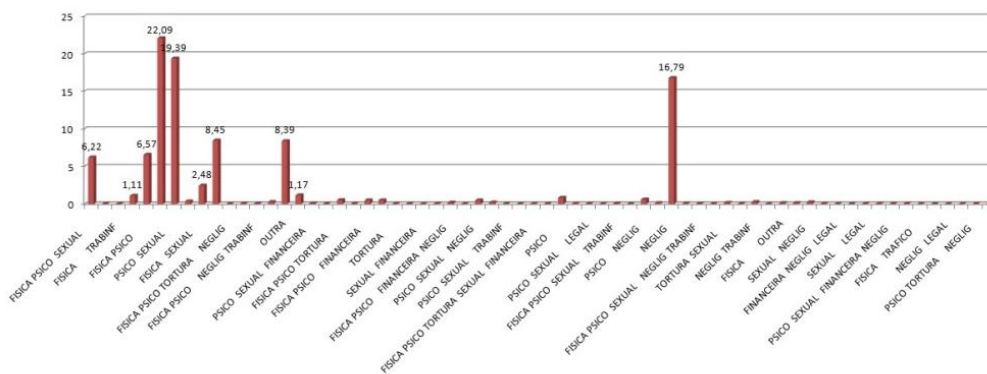
Ainda resta falar da negligência que “caracteriza-se pelas omissões dos adultos (pais ou outros responsáveis pela criança ou adolescente, inclusive institucionais), ao deixarem de prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social de crianças e adolescentes”. (BRASIL, 2012, p.34).

Este tipo de violência não está vinculada necessariamente às circunstâncias de pobreza, podendo ocorrer em casos em que se dispõe de recursos razoáveis disponíveis para a família ou o responsável, e mesmo assim se perpetua uma situação de negligência. Esta forma de violência, também é a mais rotineiramente identificada, pois é explícita sua ação, não conseguindo o autor do ato violento negar ou omitir o fato.

Estas formas de violência, não ocorrem de maneira separada, uma criança/adolescente pode ser vitimizado por diversas destas violências ao mesmo tempo, visto que muitas destas relacionam-se entre si. Por exemplo: uma criança que sofreu violência sexual, certamente acaba por sofrer uma violência psicológica, visto que seu aspecto psíquico certamente ficou comprometido após vivenciar esta grave situação.

No período em análise que corresponde aos anos entre 2011-2013, no município de Porto Alegre houve um maior número de notificações de violência contra crianças e adolescentes de natureza sexual/psicológica.

Gráfico 03 – Tipo de violência dos casos de violência contra crianças e adolescentes notificados no município de Porto Alegre



Fonte: Dados VIVA CONTÍNUO/SINAN. Secretaria Municipal de Porto Alegre

Ambas foram notificadas de forma sistemática, acreditando-se que isto tenha ocasionado pela compreensão dos profissionais da saúde que notificaram, que qualquer ato violento acometido contra crianças e adolescentes causa danos psicológicos à saúde destas.

A violência sexual contra crianças e adolescentes tem sido considerada um problema de saúde pública no Brasil, “devido à alta prevalência na população e aos prejuízos para o desenvolvimento psicológico e social da vítima e de seus familiares”. (SEGER, 2010, p.379).

Este tipo de violência traz consequências complexas às vítimas, pois envolve diversos efeitos prejudiciais a estas como, “problemas físicos (trauma, doenças sexualmente transmissíveis); emocionais (medo, ansiedade, depressão); comportamentais (retraimento social, comportamento sexual inapropriado) além de alterações cognitivas”. (BRASIL, 2012 p.403). Consequências essas que podem se perpetuar até a vida adulta das vitimas, trazendo prejuízos incalculáveis ao seu desenvolvimento perante a sociedade, caso não recebam o tratamento adequado no momento em que é identificada a situação de violência.

Observado um levantamento de dados realizado pelo Ambulatório de Maus Tratos localizado na cidade de Caxias do Sul/RS²⁰, entre os anos de 1998 e 1999, constatou-se

²⁰ HABIGZANG, Luísa F.; AZEVEDO, Gabriela; KOLLER, Silvia H.; MACHADO, Paula X.. Fatores de Risco e de Proteção na Rede de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual.

que 59% eram vítimas de abuso sexual, um predomínio significativo onde a maioria das vítimas eram do gênero feminino. O dado comprova o quão alarmante é o fato da violência sexual contra crianças e adolescentes, pois comparado ao período analisado no presente trabalho vislumbra-se que a violência mais incitada contra este público segue sendo a sexual, mesmo mudando-se o período de análise compreendido, este tipo de violência segue perpetuando-se na sociedade.

Sabe-se ainda que a violência sexual é o tipo de violência mais subnotificado devido o “silêncio das vítimas motivado pelo medo em relação ao agressor, medo de ter problemas, de não ser acreditado, dos efeitos sobre a família, dos efeitos sobre o perpetrador e pelo desconhecimento de que aquela era uma situação inadequada” (PELISOLI et al, 2010, p.86). Essa dificuldade em romper o segredo está relacionada ao vínculo que a vítima tem com o perpetrador da violência, visto que na maioria das vezes o agressor pertence ao meio intrafamiliar, com que a vítima convive, e pode estar sofrendo ameaças, criando uma ansiedade com relação às possíveis consequências da revelação.

Esta ainda é o tipo de violência que mais vitimiza o público infantojuvenil, e acaba recebendo uma atenção maior nos espaços onde as vítimas circulam, e conseqüentemente as situações acabam sendo notificadas. Embora mesmo com os números sendo expressivos nos registros, ainda pode-se haver um número bem maior devido à subnotificações.

As vivencias abusivas desenvolvem, segundo estudos,

(...) problemas de saúde mental em crianças e adolescentes brasileiros decorrentes de exposição a situações de violência. Tanto a vitimização quanto o testemunho estão associados com a presença de sintomas de sofrimento psicológico, como ansiedade, depressão, problemas de sono, pensamentos intrusivos, dificuldade de concentração, entre outros. (PELISOLI et al, 2010, p.86)

Desta forma, juntamente com a situação vivenciada de violência sexual, a criança/adolescente também acaba por sofrer uma violência psicológica, pois é constantemente depreciada pelo adulto agressor, bloqueando seus esforços de autoaceitação, conseqüentemente causando formas de sofrimento mental. Assim, torna-se cada vez mais difícil que esta vítima consiga vivenciar o fator de resiliência, para que tenha a capacidade de seguir em frente, superando as dificuldades impostas pela vida, essencial para o desenvolvimento pessoal por ser

(...) um processo de vitimização que às vezes se prolonga por vários meses e até anos; é um processo de imposição de maus-tratos à vítima, de sua completa objetualização e sujeição; é uma forma de violação dos direitos essenciais da criança e do adolescente como pessoas e, portanto, uma negação de valores humanos fundamentais como a vida, a liberdade, a segurança. (SEGER et al, 2010, p.129)

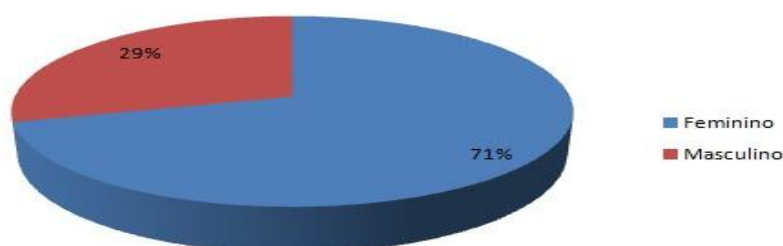
Desta forma, fica claro que a violência contra a criança e adolescente fere os direitos humanos, sexuais e particulares de uma pessoa em desenvolvimento, podendo deixar marcas para o resto de suas vidas.

3.2.3. Perfil das vítimas

Na análise dos dados coletados neste estudo, procurou-se identificar o perfil das crianças e adolescentes (até 14 anos) vítimas de violência no município de Porto Alegre. Identificou-se o gênero, a cor/raça das crianças e adolescentes mais submetidas à situações violentas, e a faixa etária onde predomina-se mais os casos de violência.

No que se refere a questão de gênero, classificado entre feminino e masculino, constatou-se que 71% das crianças e adolescentes vítimas são do sexo feminino, e apenas 24% corresponde ao sexo masculino. Uma amostra alarmante, visto que a diferença se expressa mais do que a metade dos casos, chegando a um acréscimo de 21% dos casos analisados no presente estudo.

Gráfico 04 - Gênero dos casos de violência contra crianças e adolescentes notificados no município de Porto Alegre 2011-2013



Fonte: Dados VIVA CONTÍNUO/SINAN. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Interpreta-se que este resultado não se dá de maneira fatalista, mas justifica-se pela incidência, como já apresentado, do tipo de violência mais acometido às crianças e

adolescentes no município de Porto Alegre, ser a violência sexual acrescida da psicológica, onde consequentemente as maiores vítimas são as meninas.

Estudos feitos no campo da saúde da criança e do adolescente “referem que se dá em maior número, episódios de violência sexual contra crianças do sexo feminino” (CRAMI, 2009, p.20). Fato este presente nas sociedades ao longo dos tempos, devido a persistente cultura de subordinação da mulher ao homem de quem ela é considerada uma inalienável e eterna propriedade, e principalmente pela pouca importância que as instituições do Estado dão à denúncia e ao julgamento dos crimes contra o sexo feminino.

Percebe-se que esta cultura insiste em perpetuar nos

(...) países ditos civilizados e dotados dos mais diferentes regimes econômicos e políticos. A magnitude da agressão, porém, varia. É mais frequente em países de uma prevaente cultura masculina, e menor em culturas que buscam soluções igualitárias para as diferenças de gênero (BLAY, 2009, p.870).

Características prevaentes no território brasileiro, onde ainda impera uma sociedade patriarcal, machista que agredi, mata, estupra, assedia uma mulher ou uma menina a cada 7 minutos, relato tido pela Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República²¹.

No trabalho, “A Violência Enquanto Agravo à Saúde de Meninas que Vivem Nas Ruas”, publicado pelo Caderno de Saúde Pública no ano de 1994, em pesquisa realizada em duas capitais brasileiras, Recife e São Paulo, no período de 1987 a 1989. Foi observado que dos 3.667 registros de crimes contra crianças e adolescentes do sexo feminino, em Recife,

(...) 37% se relacionavam à posse sexual mediante fraude e sedução, e 13% foram casos de estupros. Em São Paulo, em 1991, entre os 346 crimes contra crianças e adolescentes, havia 19,9% de estupros e 17,5% de atentado violento ao pudor, sendo que, no conjunto dos casos, só três vítimas eram do sexo masculino. (GOMES, 1994, p.166)

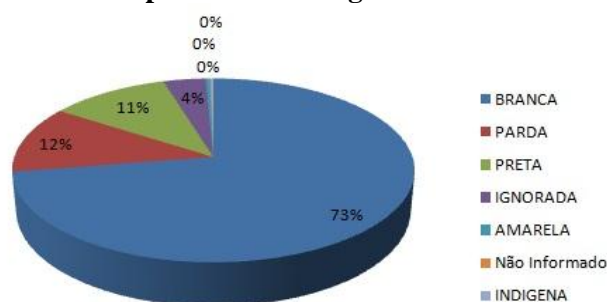
Compreendendo a magnitude desta ação violenta contra o gênero feminino, entende-se que em nossa sociedade a violência contra a mulher, “estrutura-se a partir da organização hierárquica das relações de gênero, potencializada por ações violentas, apontando para o papel secundário das mulheres no imaginário social” (GOMES, 1994, p.166).

²¹ Notícia do O Estadão. Disponível em <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-tem-1-denuncia-de-violencia-contra-a-mulher-a-cada-7-minutos,1000019981> Acesso em 04/06/2016.

Em tempo, se faz importante ressaltar, que a análise supracitada mesmo referindo-se ao século passado, pois constata-se a escassez de materiais atuais que tratam da incidência da violência sexual contra o sexo feminino, comprova que a violência contra a mulher é um fenômeno social que persiste na sociedade do país, causando prejuízos atrozos há milhares, e milhares de mulheres e meninas brasileiras.

Referente a cor/raça do público infantojuvenil vitimizada pela violência, no território do município de Porto Alegre, nota-se a prevalência da cor branca.

Gráfico 05- Cor/raça dos casos de violência contra crianças e adolescentes notificados no município de Porto Alegre 2011-2013



Fonte: Dados VIVA CONTINUO/SINAN. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Relevante aqui destacar, que o Estado do Rio Grande do Sul é formado predominantemente por descendentes de imigrantes alemães e italianos, o que justifica a predominância da cor branca declarada às crianças vítimas de violência, na capital do Estado. Este dado é comprovado também pelo senso do IBGE de 2010 referindo que 79,24%²² da população que reside na capital Porto Alegre auto - declarasse branca, sendo 20,24% parda e preta, e somente 10,21% preta.

No entanto, não é possível inferir a raça/cor tendo em vista que tal dado diz respeito à auto declaração, neste caso, como os pais auto declaram a cor/raça de seus filhos no momento de seu nascimento. Sendo o ato de auto declarar-se, conforme o dicionário, corresponder a fazer uma declaração ou afirmação pública sobre si próprio²³, creia-se que esta amostra não representa assertivamente a realidade da população que reside no município de Porto Alegre.

²² Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Dados demográficos IBGE, 2010. Disponível em http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=918 Acesso em 13/06/2016.

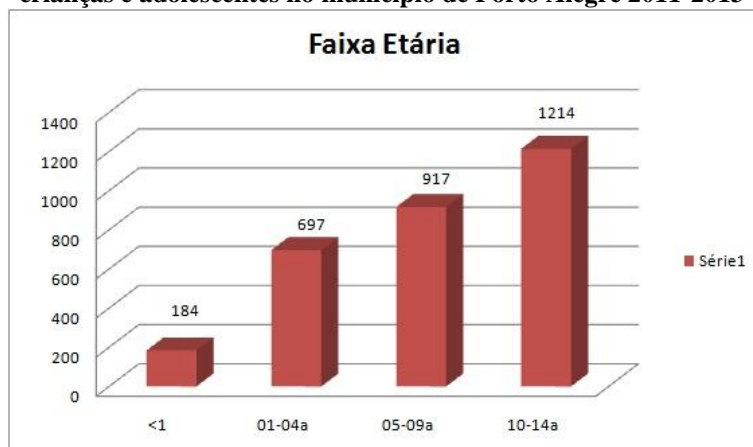
²³ Autodeclarar-se Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico. Porto Editora, 2003-2016. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/autodeclarar-se?homografia=0>

Este índice se faz duvidoso, pois sabe-se que o Brasil é um país formado pela mestiçagem, pelo cruzamento de diferentes raças e culturas, e isso não se dá de maneira diversa no estado do Rio Grande do Sul. Antes dos imigrantes europeus, tal região já era povoada por povos negros e indígenas, e essa população deve ser considerada nas relações entre as raças.

Desta forma, o que parece existir na região sul do país é uma negação desta mestiçagem, reforçada pela estigmatização e pelo rebaixamento da negritude frente à contribuição de superioridade da branquitude, no decorrer deste processo sócio histórico de opressão e hegemonia do homem branco. Isto é, quanto mais o preto é inferiorizado, mais o branco é colocado num espaço de ideal de humanidade. O resultado é a negação por parte de alguns cidadãos que sofreram este processo de mestiçagem, e apresentam traços da raça branca e passam a valorizar estes, e descartam sua descendência africana, ou indígena, vivendo um processo de negação da própria cor, para que não sofram com os processos de preconceito, onde ainda persiste uma cultura em que se associa negritude à escravidão e servidão.

O último item estudado neste subcapítulo, que diz respeito ao perfil das crianças e adolescentes vítimas da violência no município de Porto Alegre, é o índice da faixa etária à quais crianças e adolescentes vem sofrendo violência. Observando o estudo, percebeu-se que a faixa etária que mais sofre com a violência, são as crianças/adolescentes que têm entre 10 e 14 anos. Logo aparece a faixa etária entre cinco e nove anos de idade, e a idade com menos registros notificados, são contra crianças menores de um ano de idade.

Gráfico 06 - Faixa etária dos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes no município de Porto Alegre 2011-2013



Fonte: Dados VIVA CONTINUO/SINAN. Secretaria Municipal de Porto Alegre

Esta amostra vai de encontro ao resultado obtido no trabalho intitulado “Violência sexual Contra crianças e Adolescentes: dados de um serviço de referência”, sobre a realidade do Centro de Referência no Atendimento Infantojuvenil (CRAI), localizado no município de Porto Alegre, sendo um centro de referência de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Em tal levantamento realizado na divisão em faixa etária de 5 a 8 anos e de 9 a 12 anos, apresenta-se maior número de vítimas entre as crianças de ambas as faixas etárias, no entanto prevalecem com maior percentual 26,8%, as crianças que possuem idade entre 9 a 12 anos, atendidas pelo serviço. O trabalho ainda refere que

Essas idades aparecem com maior frequência também em outros estudos, como em Ribeiro et al. (2004) que apontam a idade entre 10 e 12 anos como a mais frequente, e em Braun (2002) que aponta a faixa entre 10 e 14 anos, citando dados do Departamento Estadual da Criança e do Adolescente da Polícia Civil do Rio Grande do Sul (PELISOLI et al, 2010, p.89).

Percebeu-se no decorrer do trabalho que há pouca produção bibliográfica e documental referente à discussão dos motivos que levam crianças/adolescentes na faixa etária entre 10 à14 anos de idade, serem mais vulneráveis à situações de violência. Num estudo teórico realizado no Brasil, intitulado “Violência Sexual contra Meninos: dados epidemiológicos, características e consequências²⁴”, onde há o recorte de gênero masculino de crianças e adolescente vítimas de violência, os autores explicam que a faixa etária dos 6 anos aos 12 anos é mais sucessível a situações violentas, possivelmente, por

²⁴ HOHENDORFF, Jean V.; HABIGZANG, Luísa F.; KOLLER, Silvia, H. Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. Psicologia/USP, São Paulo, 2012, 23(2), 395-415.

(...) ser atribuída ao desenvolvimento físico e cognitivo. À medida que se desenvolvem, os meninos possuem maior capacidade cognitiva de entendimento do que é certo e errado, estando mais aptos a diferenciar interações inadequadas, como as que ocorrem na violência sexual, de interações esperadas. Além disso, a força física adquirida pelos meninos ao longo da adolescência pode intimidar possíveis autores de violência sexual. (HOHENDROFF et al, 2012, p.402)

Apesar de ser um estudo com recorte de gênero, leva-se a crer que tais motivos possam ser utilizados pelos agressores na suscitação de violência a ambos os sexos, visto que crianças e adolescentes na faixa etária entre 10 e 14 anos de idade são frágeis, tanto fisicamente quanto cognitivamente, onde o perpetrador da violência aproveitasse para executar a violência, aproveitando-se desta fragilidade.

Finkelhor apud Barreto, 2012, ressalta que

(...) a diversidade da exposição das crianças à violência não é bem conhecida e os médicos e pesquisadores precisam conhecer o amplo espectro dos tipos de vitimização para que as crianças em situação de risco sejam identificadas precocemente, possibilitando o enfrentamento da situação por meio de medidas preventivas. (BARRETO et al, 2012, p.146).

Alertando assim para uma maior atenção para pesquisas do fenômeno da violência acometida às crianças e adolescentes, por ser ela hoje um desafio para a saúde pública pela magnitude das sequelas biológicas e emocionais que causa as vítimas, e pela relevância social que adquiriu ao decorrer dos anos.

3.2.4. Encaminhamentos na rede de saúde e de proteção social

Por ser a violência contra criança e adolescente um grave fenômeno da saúde pública, que merece toda atenção, é preciso que se estabeleça um trabalho em rede de forma articulada, baseado na integração e cooperação entre diferentes instituições, por meio da articulação de política sociais, que venham a partilhar recursos de acordo com os interesses e necessidades dos casos identificados.

Construir um trabalho em rede pressupõe que a tomada de decisões relativas aos casos que seguem em atendimento, seja tomada de forma horizontal, sempre contando com a participação dos usuários em questão no direcionamento de princípios que contribuem para a integralidade da atenção, defesa, proteção e garantia de direitos das crianças, dos adolescentes e suas famílias em situação de violência. Essa forma de trabalho “permite a

troca de informações, a articulação institucional e até mesmo a formulação de políticas para a implementação de projetos comuns” (BRASIL, 2012. p78).

Assim, pensar o atendimento de crianças/ adolescentes e suas famílias em situação de violência requer compreender que o trabalho em rede é

(...) uma articulação política entre pares que, para se estabelecer, exige: reconhecer (que o outro existe e é importante); conhecer (o que o outro faz); colaborar (prestar ajuda quando necessário); cooperar (compartilhar saberes, ações e poderes) e associar-se (compartilhar objetivos e projetos). Estas condições preliminares resultam, respectivamente, em autonomia, vontade, dinamismo, multiliderança, informação, descentralização e múltiplos níveis de operacionalização. (BRASIL, 2012, p.78)

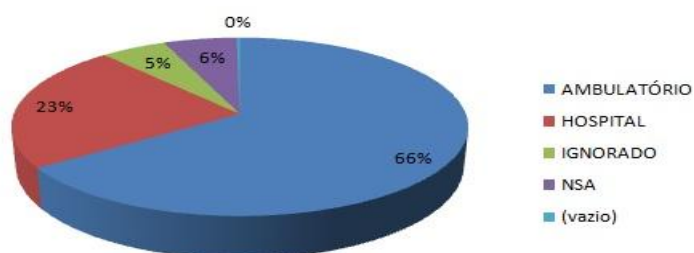
E esta ação se faz necessária para que se garanta um atendimento integro as vítimas da violência, compreendendo que elas necessitam ser atendidas em todos os meios de atenção, para ter seus direitos previstos e garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Existe a rede de atendimento intrasetorial e intersetorial, ambas possuem o mesmo objetivo, dar seguimento ao acompanhamento e atendimento de forma integral as crianças/adolescentes vitimizadas e suas famílias, formando uma rede de proteção.

A rede de atendimento intrasetorial, refere-se aos serviços que compõe a mesma política setorial, que no presente trabalho, trata-se da política de saúde. Sendo assim, diferentes especificidades de atendimento nos diferentes níveis de atenção à saúde, se fazem necessários, para que em cada caso faça-se uma abordagem diferenciada para tal situação. Desta maneira percebe-se a importância em se ter profissionais da saúde com habilidade e conhecimentos específicos, atuando em diferentes serviços de saúde da rede de atendimento.

Já a rede de atendimento intersetorial, diz respeito aos serviços que integram outras políticas setoriais, que dialogam com a política de saúde para a garantia da proteção integral das vítimas. Esta é parte integrante da rede de proteção social, pois é composta por serviços de garantia de direito que integram as políticas de Assistência Social, da Criança e do Adolescente, da Educação, e da Segurança e Justiça. Assim, se estabelece uma integração entre políticas e ações governamentais, e não governamentais no âmbito do território das vítimas.

Na análise dos dados coletados, verificou-se que no âmbito da política de saúde o encaminhamento mais realizado pelos profissionais, após a notificação dos casos, é o atendimento ambulatorial.

Gráfico 07 - Encaminhamentos realizados na rede de saúde dos casos de violência contra criança e adolescente notificados no município de Porto Alegre 2011-2013



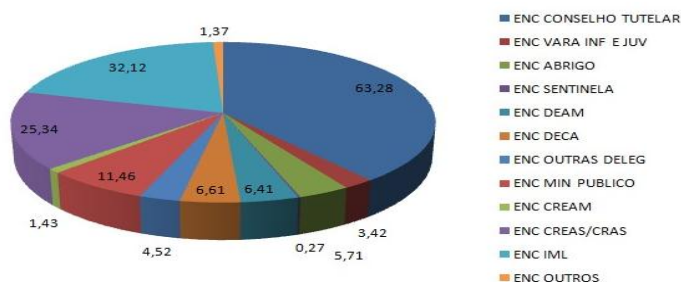
Fonte: Dados VIVA CONTÍNUO/SINAN. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Isso se dá, pois em geral os serviços de saúde de atenção especializada para atendimento à criança e adolescente em situação de violência, integra a atenção de média complexidade do SUS, composta por serviços de saúde ambulatoriais público ou conveniado. Estes estabelecimentos dispõem de equipes multidisciplinares compostas por pediatras, ginecologistas, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos, dentre outras categorias, de acordo com a capacidade instalada e o tipo de organização do serviço.

Estes serviços especializados, que darão a continuidade de atendimento e acompanhamento da situação de violência, são os responsáveis por estabelecerem o fluxo de atendimento dos casos, atuam nas dimensões do “acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados) [...] e seguimento na rede de cuidados e de proteção social constituídos no território” (BRASIL, 2012, p.81).

No que tange aos encaminhamentos feitos na rede de proteção social, nota-se a prevalência de encaminhamentos feitos ao Conselho Tutelar.

Gráfico 08 - Encaminhamentos legais dos casos de violência contra crianças e adolescentes no município de Porto Alegre 2011 -2013



Fonte: Dados VIVA CONTÍNUO/SINAN. Secretaria Municipal de Saúde

O Conselho Tutelar é um órgão público, que segundo o Art.131 do Estatuto da Criança e do Adolescente é “permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei” (BRASIL, 1990), conferindo-se como um espaço que zela pelos direitos das crianças e adolescentes. Atenta-se para os casos em que há ação ou omissão da sociedade e/ou do estado, falta, abuso ou omissão dos pais ou responsáveis, ou em situações em que o próprio comportamento da criança ou adolescente exige cuidados.

Por vezes, a falta de formação adequada dos conselheiros tutelares sobre as políticas sociais para atendimento integral do público infantojuvenil, faz com que ocorram possíveis falhas no funcionamento deste espaço de direito. Estudos comprovam este fato, indicando que “os conselhos tutelares apresentam deficiências na resolutividade, e os motivos incluem a falta de capacitação para a tarefa e a falta de conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) e sobre trabalho prático com ele” (PELISOLI et al, 2010, p.92). Outra deficiência expressa pelo trabalho exercido dos conselhos tutelares é a falta de integração com a rede de atendimento de proteção social, pois deixam de fazer um trabalho articulado em rede, não acionando os serviços ofertados pelas políticas de assistência social, saúde e educação.

No entanto, mesmo diante a estas deficiências, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, e conseqüentemente a implementação dos conselhos tutelares, percebe-se o aumento dos registros e da comunicação da violência contra o público infantojuvenil. Garantindo o seu principal direito “a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990).

Sendo assim, a rede de proteção intersetorial e intrasetorial, compõe o sistema de proteção integral à criança e adolescente vítima de violência. Esta integração permite com que as vítimas e suas famílias acessem serviços de saúde especializados e de proteção social, dando a atenção devida à fragilidade vivenciada, e orientando a vítima com relação aos seus direitos. Bem como, deve ocorrer o seu acompanhamento sistemático, desenvolvendo medidas de intervenção “que visem à proteção à criança e sua família para que não se reproduza o ciclo de vitimização e sofrimento nas gerações futuras” (SEGER, 2010, p.129), já vivenciada uma vez.

4 PROBLEMATIZAÇÃO SOBRE A PROTEÇÃO SOCIAL, FRENTE AO FENÔMENO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

O presente capítulo aborda como a notificação compulsória dos casos de violência contra criança e adolescente, vem contribuindo como um mecanismo de proteção social, a este segmento populacional. Contempla a importância das políticas sociais e a força dos movimentos e lutas sociais de defesa dos direitos das crianças e adolescentes. E por fim, discute sobre os desafios que estão postos para que a rede de proteção social dos direitos das crianças e adolescentes, possa oferecer um sistema de garantia de direitos e de proteção integral ao público infantojuvenil.

4.1 Fluxograma da notificação compulsória dos casos de violência contra crianças e adolescente, pós notificação pelos serviços de saúde, no município de Porto Alegre.

O Ministério da Saúde implementou para todos os municípios brasileiros um fluxograma de atendimento para os casos de violência notificados no Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação. O seguimento de atendimento é de responsabilidade das secretarias municipais de saúde, e se dá pela seguinte maneira:

I. prestar apoio técnico às unidades notificantes; II. coletar e consolidar os dados provenientes de unidades notificantes; III. estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelas unidades notificantes; respeitando os fluxos e prazos estabelecidos pela SVS/MS; IV. enviar os dados ao nível estadual, observados os fluxos e prazos estabelecidos pelos estados e pela SVS/MS; VII. avaliar a regularidade, completude, consistência e integridade dos dados e duplicidade de registros, efetuando os procedimentos definidos como de responsabilidade do município, para a manutenção da qualidade da base de dados; VIII. realizar análises epidemiológicas e operacionais; divulgar informações e análises epidemiológicas; e XI. normatizar aspectos técnicos em caráter complementar à atuação do nível estadual para a sua área de abrangência. (BRASIL, 2007, p.11).

O fluxo de atendimento no município de Porto Alegre estabelecido pela Secretaria de Saúde, segue assim o mesmo fluxo proposto pelo Ministério da Saúde, como já referenciado. A vigilância de saúde primeiramente qualifica e codifica todas as fichas no sistema SINAN/net, que compreende as três esferas de governo, ou seja, os dados são repassados pelo próprio sistema da Vigilância Municipal para a Estadual, e da Estadual para a Federal.

No município de Porto Alegre, as notificações de violência efetuadas no Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação, recebem uma atenção maior pela Vigilância em Saúde, pois desde a implantação da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), na Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, em 2006, a Equipe do VIVA (atualmente composta por uma psicóloga e uma médica) vem utilizando os dados em um programa de vigilância para acompanhamento e monitoramento das vítimas e prevenção de eventos, denominado de “Pra-Parar”²⁵. Por meio deste, identificam-se, a partir das notificações geradas pela rede de saúde, os casos de crianças, adolescentes, idosos, pessoas que tentaram suicídios e vulneráveis, relacionando-os com as unidades de saúde referentes aos endereços de residência, utilizando-se o código de logradouros. A partir disso, elaborase um resumo da notificação de cada caso, e envia-se quinzenalmente através de relatórios para as Gerências Distritais, que repassam para as unidades básicas de saúde de referência territorial.

Com a tomada de informações, a partir dos dados coletados pelo SinanNet, a vigilância de saúde, torna possível fazer um processamento de dados coletados, análise e interpretação dos dados processados, divulgação de informações pertinentes e um recorte epidemiológico da violência a partir dos dados de morbidade.

Visando complementar as informações sobre o fluxo das notificações, o acompanhamento e o monitoramento das vítimas de violência foi realizado uma aproximação, com a equipe do VIVA.²⁶

As profissionais do VIVA salientam que, em se tratando de notificações de violência realizadas pelos serviços de saúde, o que está em questão são casos incidentes, uma vez que se trabalha com novas notificações, mesmo de casos já notificados, por algum outro serviço de saúde pelo qual a vítima já tenha passado. Como a notificação de violência ainda não é universal no município, não há como calcular indicadores de prevalência ou incidência da violência nas regiões de Porto Alegre. Sendo assim, trabalha-se com a proporção de notificações sobre o universo dos casos notificados.

Ou seja, as coordenadoras do VIVA reforçam que ainda a obrigatoriedade da notificação dos casos de violência pelos serviços de saúde, ainda é muito incipiente, não

²⁵ Um Programa de vigilância para acompanhamento e monitoramento das vítimas e prevenção de eventos no município de Porto Alegre. (PMPA/SMS, 2015).

²⁶ Essa aproximação foi realizada através de uma reunião com a equipe do VIVA e as informações citadas nesse trabalho estão ancoradas na Lei 12.527 de 18/11/2011 que regula o acesso a informações públicas, conhecida como lei de transparência pública

tendo ainda atingido de maneira geral todos os serviços de saúde do município de Porto Alegre. Dificultando, uma leitura fidedigna do índice da violência contra crianças e adolescentes neste município, obstruindo as vias para a proposição de ações que atuam na prevenção de situações violentas, nas regiões onde se tenha maior ocorrência deste fenômeno.

Assim, destaca-se que em Porto Alegre não se conseguiu instituir um fluxo de integração dos bancos de dados existentes, no sentido de serem produzidas informações relevantes para a implantação de políticas sociais que visem à promoção da saúde e prevenção desses agravos. Ainda se faz necessário que o município dê maior atenção ao tema da violência e outras causas externas de morte e adoecimento, para que reflita na construção de políticas, programas e projetos sociais saudáveis, pois a complexidade do tema exige a integração de diferentes setores na construção de intervenções no sentido da promoção de saúde.

4.2 A contribuição da notificação compulsória dos casos de violência contra crianças e adolescentes como mecanismo de proteção social

Como já anteriormente abordado, a notificação compulsória dos casos de violência contra crianças e adolescentes, deve ser entendida como um meio de garantia de direitos e não como uma forma punitiva, ou um meio de denúncia policial. Reforça-se que notificar as situações de violência é “um direito da criança, do (a) adolescente e da família de viver em um ambiente que promova o bem-estar físico, social e emocional livre de qualquer forma de violência, opressão ou negligência” (BRASIL, 2011, p. 71).

Desta forma, ressalta-se que a notificação compulsória dos casos de violência acometidos às crianças e adolescentes, identifica-se por ser um instrumento que faz com que a situação abusiva vivenciada pela vítima tenha a atenção devida, culminando com a inserção destas e suas famílias junto à rede de atendimento de proteção social, tencionando o Estado e a sociedade civil para que cumpram com sua responsabilidade em proteger e cuidar deste segmento populacional.

A notificação tem o propósito de viabilizar um sistema de registro com informações fidedignas das situações de violência contra crianças e adolescentes, na realidade social brasileira. Permite que representantes governamentais construam formas de promoção e de prevenção na saúde, e nas demais políticas sociais, assim como possibilita certificar que o

atendimento às crianças, adolescentes e suas famílias vítimas, estejam sendo atendidos em rede de atendimento intrasetorial e intersetorial.

O ato de notificar situações de violência contra crianças e adolescentes, se apresenta também como uma “manifestação de poder e resistência a um problema tão comum em nossa sociedade, causador de grande impacto social, político e econômico, e com alto potencial de comprometimento para a saúde e qualidade de vida das vítimas.” (SILVA et al, 2014, p.143). Mostrando-se assim como um ato de reconhecimento ao sofrimento desta população que apresenta tamanha vulnerabilidade, pela sua posição na sociedade, bem como um olhar atento a compreensão e defesa dos direitos tidos por este público, assegurado em seu principal aparato legal, o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Não por acaso que o material intitulado Linhas de Cuidado para a atenção Integral às Crianças Adolescentes e suas Famílias Vítimas de Violências, traz como uma de suas dimensões de cuidado a notificação. Com este entendimento, sendo abordado em tal material promulgado pelo Ministério da Saúde, faz com que os profissionais dos serviços atentem-se para as situações de violência, cabendo às devidas decisões necessárias, entre elas, a notificação do caso.

Em mais uma ação de atenção ao fenômeno da violência contra o público infantojuvenil, o Ministério da Saúde passou a estimular a sensibilização junto aos profissionais da saúde do uso efetivo do instrumento de notificação pelos serviços. Assim, passou a investir, por meio da Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes (VIVA) em espaços de capacitação e formação dos profissionais, sobre a importância desse registro, que teve “como resultado [...] no Brasil, o número de notificações de violência contra crianças e adolescentes com até 19 anos, por profissionais de saúde mais que triplicou em três anos, passando de 18. 570 em 2009, para 67. 097 em 2012”. (SILVA et al, 2014, p.146).

Percebe-se que o investimento em momentos como os supracitados, se faz necessário nos serviços, não só da política de saúde, mas também das demais políticas sociais que atendem este segmento populacional, para que os profissionais que ali atuam, possam ter o entendimento da magnitude que é a o fenômeno da violência contra crianças e adolescentes, e de como se faz importante efetivar a notificação dos casos aos quais tenham conhecimento.

Assim, compreende-se que a efetivação da notificação compulsória dos casos de violência contra crianças e adolescentes

1) constituirá um evento a ser pesquisado e levado em conta no atendimento à saúde da criança e do adolescente; 2) que a criança, o adolescente e sua família (ou se for o caso, o menino ou a menina com o agente institucional) serão atendidos e encaminhados ao Conselho Tutelar que, por sua vez, será impulsionado a desencadear os outros procedimentos cabíveis; 3) que a equipe de saúde compartilhará responsabilidades com o Conselho Tutelar em cada caso encaminhado, devendo acompanhar todo o seu desenrolar, até o final do atendimento. (BRASIL, 2002, p.16)

Desta forma, busca-se que a notificação compulsória seja o início de uma atuação ampliada e de suporte à criança, ao adolescente e suas famílias, e que não seja assumida apenas como o cumprimento de uma obrigação que tem fim em si mesma. Somente com este entendimento o ato de notificar realizará o seu real papel, iniciar o atendimento integral das vítimas e suas famílias na rede de atendimento, garantindo sua proteção social.

4.3 A construção de políticas, programas e projetos sociais no combate a violência contra crianças e adolescentes

Compreende-se que a violência contra a criança e o adolescente é reconhecida como uma expressão da questão social. Esta, que por sua vez, integra o conjunto de sequelas políticas, sociais e econômicas, gerada pela contradição entre o surgimento da classe operária, dentro de uma sociedade capitalista. Frente a tal refração da questão social cabe ao Estado, por meio das políticas sociais, combater as problemáticas que tal fenômeno suscita na sociedade.

As políticas sociais caracterizam-se por ser “aquelas modernas funções do Estado capitalista – imbricado à sociedade - de produzir, instituir e distribuir bens e serviços sociais” (MONTAÑO, 2009, p.77), que regulam os conflitos tidos na sociedade, frutos do sistema de reprodução capitalista, com o objetivo de permitir a livre manutenção do sistema econômico, dando as condições necessárias para o desenvolvimento do capitalismo monopolista.

É importante enfatizar, que as políticas sociais mantidas pelo Estado, não visa à mudança da ordem societária vigente, ela apenas é pensada como um mecanismo para

legitimar o sistema capitalista, pois apenas “apazigua” conflitos, mas não visa à correção dos efeitos negativos dos processos que resultam nas situações de desigualdade.

No entanto, reconhece-se que diante o modelo de sociedade vigente, as políticas sociais se encontram como um espaço privilegiado para a concretização de demandas postas pela classe trabalhadora, onde a sua disputa imposta por ampliar direitos sociais ganha visibilidade, se constituindo como uma conquista, frente ao tensionamento travado contra o Estado.

Na atual conjuntura, com a ofensiva neoliberal, as políticas sociais vêm sofrendo grandes entraves, pois há um esforço em transformá-las cada vez mais em políticas residuais, fragmentadas, realizadas na ótica do mercado ou filantropia. Retirando a responsabilidade do Estado frente às demandas criadas pelo modelo econômico capitalista à classe trabalhadora, desregulamentando direitos, e mantendo uma crescente tendência a desresponsabilização do Estado, passando a regulamentação das atividades econômicas e sociais para a sociedade civil, através de Organizações Não Governamentais e iniciativas privadas (COUTO, 2010).

Frente a esta realidade, ganham força os movimentos sociais e suas lutas, pois são um espaço para o fortalecimento dos coletivos, para a formação política e de pressão para conquistas de direitos. Apresentando-se como os percussores para a efetivação de qualquer política social, sem a sua pressão e força frente ao Estado, nenhuma reparação social é efetivada.

Estes movimentos têm como objetivo, abrir espaços para a expressão dos interesses e reivindicações da população, a fim de construir a mobilização social, para uma prática política que incida nas práticas sociais, dando visibilidade a denúncias, exigindo serviços, enfrentando a ordem dominante e combatendo “o continuísmo do “deixar como está,” e principalmente fazer com que haja presença histórica de atores em movimento ou sujeitos políticos que se articulam em torno de uma vontade coletivamente construída” (FALEIROS, 2010, p.33).

O conjunto de movimentos de luta pelos direitos da criança e do adolescente faz parte de um empenho de amplos segmentos da sociedade para a construção do reconhecimento de sua cidadania, e passou a ser institucionalizada no âmbito legal, através da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, e pela Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança. Destaca-se que estes processos de institucionalização dos direitos, não esgotou a mobilização e a luta pela defesa e garantia dos direitos deste

segmento populacional, visto que este é um processo dialético, que se expressa em embates que se referem a um horizonte de mudança radical da sociedade e do Estado, como refere FALEIROS, 2010.

A mobilização pelos direitos das crianças e dos adolescentes pode ser caracterizada como um processo de movimento diversificado, assumindo tanto a criticidade como a proposição de alternativas e de alterações ao mesmo tempo. Estas mobilizações expõem a sociedade às violações de direitos vivenciadas pelo público infantojuvenil, as quais necessitam da atenção do Estado.

Uma das grandes conquistas adquiridas pelos movimentos sociais de defesa dos direitos do público infantojuvenil, foi a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, tal normativa legal passa a reconhecer as crianças e adolescentes como cidadãos de direito, trazendo medidas de proteção à este segmento populacional de forma integral. Este documento apresenta como espaços de participação social e de mobilização os conselhos e os fóruns de defesa de direitos da criança e do adolescente, que exercem o controle social, envolvendo sujeitos sociais que pautam suas decisões democraticamente.

Assim, o ECA define como diretriz fundamental da política de atendimento da criança e do adolescente, a criação dos Conselhos Municipal, Estadual e Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes. O Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, e o órgão responsável pela adaptação das regras gerais previstas no estatuto à realidade de cada município. Cada estado possui o seu Conselho Estadual, que gerencia as questões referentes à sua área de atuação. Em âmbito nacional existe o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA que elabora as normas da Política Nacional de Atendimento dos Direitos da Criança e do Adolescente, fiscalizando as ações de execução e diretrizes estabelecidas no ECA, buscando integrar e articular as ações entre os Conselhos Estaduais e Municipais. No âmbito municipal, o Conselho Tutelar é o órgão responsável pelo atendimento aos casos de violação dos direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 1990).

Estes espaços de controle social, em conjunto com os movimentos sociais de defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, como o “Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua”²⁷, mostram-se importantes na sociedade para que forcem o Estado à

²⁷ “É uma Organização Não Governamental, fundada em 1985 e popular, autônoma, composta basicamente de voluntários, que busca através da participação das próprias crianças e adolescentes, a conquista e a defesa dos seus direitos de cidadania”. Disponível em: <http://www.projetoquixote.epm.br/boletim/prorede/25.htm>. Acesso em 01/08/2016.

elaborar ações governamentais, como as políticas sociais, programas e projetos, que efetivem a proteção integral das crianças e adolescentes, e assim tenham seus direitos fundamentais assegurados. Desta forma, entende-se que a obrigatoriedade da notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes, assegurada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, é uma resposta dada pelo Estado, frente à pressão dos movimentos sociais, para combater a violência contra este segmento populacional.

Com a conquista da obrigatoriedade da notificação compulsória dos casos de violência contra crianças e adolescentes nos serviços de saúde, observa-se muitas outras conquistas relevantes sendo efetivadas no âmbito das políticas sociais para combater este fenômeno social.

O Ministério da Saúde além da promulgação de uma política específica para situações de violência intitulada “Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por acidentes e Violências”, implementou também Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. A Universidade de São Paulo criou um Laboratório de Estudos da Criança (LACRI) que realiza estudos e pesquisas de natureza transdisciplinar sobre a problemática da infância em geral e, em especial, sobre a infância em dificuldade no contexto da sociedade brasileira, e tem realizado a capacitação de profissionais por meio do Telelacri, um curso de educação continuada ministrado à distância para capacitar profissionais da saúde para uma melhor forma de atendimento às vítimas.

A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República criou o Disque 100, que é um serviço de utilidade pública da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), vinculado a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, destinado a receber demandas relativas a violações de Direitos Humanos, em especial as que atingem populações com vulnerabilidade acrescida, como, crianças e adolescentes. Já no âmbito municipal, destaca-se um importante programa de coordenadoria da vigilância em saúde de Porto Alegre, que atenta-se a incidência da violência no município, o Programa Pré- Parar, um programa de vigilância para acompanhamento e monitoramento das vítimas e prevenção de eventos, que visa o acompanhamento dos casos.

Destaca-se que estas são algumas das estratégias desenvolvidas pelo Estado em conjunto com a sociedade civil, como respostas a este fenômeno complexo que é a violência. De maneira geral, percebe-se que essas ações estão alinhadas aos objetivos do Estatuto da Criança e do Adolescente, empenhadas na tentativa de viabilizar a doutrina de proteção integral proposta neste documento. Percebe-se que há uma preocupação em

oferecer espaços que debatam sobre a proteção às crianças que sofrem com a violência, atendendo as pressões e necessidades tencionadas pelos movimentos de luta pelos direitos das crianças e adolescentes, reconhecendo-se este como um processo contraditório, “um processo de acumulação de forças, com avanços e recuos, na dinâmica de relações de o de opressão e emancipação das crianças e adolescentes, na negação e na afirmação do respeito a seus direitos” (FALEIROS, 2010, p.27).

Apesar da obrigatoriedade da notificação compulsória dos casos de violência pelos serviços de saúde, ainda se faz necessário um maior aproveitamento em estudos e pesquisas científicas dos dados representativos coletados pelo SINAN. Este instrumento necessita ser maior explorado e aproveitado para o fomento de políticas sociais, programas e projetos, mais atuantes na prevenção e controle do fenômeno da violência.

Reconhece-se que muitas estratégias foram desenvolvidas pelo Estado, mas ainda são muitos os desafios a enfrentar para que crianças e adolescentes possam crescer sem violência em seus lares e na sociedade.

4.4 Os desafios para a efetivação da Rede de proteção

A estruturação de um trabalho em rede para o atendimento de crianças/adolescentes e suas famílias vítimas de violência, é um passo importante para a proteção integral e a atenção ao cuidado deste público. A efetivação deste trabalho requer pensar na articulação entre os serviços da rede intrasetorial e intersetorial, de forma a integrar políticas e ações governamentais e não governamentais no âmbito do atendimento no território das vítimas.

Não há como garantir o atendimento integral de crianças e adolescentes vítimas de violência, sem a articulação com demais políticas sociais. Somente através da articulação com outros setores, com ações concretas e diretas, que se poderá propor estratégias de ação para o rompimento de situações de violência.

Ressalta-se ainda, que o atendimento à situações complexas como estas jamais devem ser atendidas sem articulação com as políticas setoriais, da educação e da assistência social, visto que sem o atendimento articulado, para que a vítimas e suas família sejam assistidas em todas as suas necessidades, não há como se atingir o real objetivo da proteção integral, pois

Nenhuma instituição, programa ou órgão de defesa consegue efetivamente trabalhar sozinha neste processo de acompanhamento e proteção às vítimas, sendo necessário sempre à criação de uma política de atenção especial, não guetificante, às vítimas e suas famílias. (CRAMI, 2009, p.90).

A vítima junto a sua família integra um território e este, é formado por aparatos sociais de diversas políticas que prestam assistência e conhecem a realidade desta família, e necessitam estar articulados para propor a excelência em seus atendimentos.

No entanto se faz necessário que esta rede de proteção esteja preparada para atender situações tão complexas, como a violência contra crianças e adolescentes, visto que

(...) quando propõe-se que a rede deva estar preparada, acredita-se realmente em um suporte macro, pois a violência sendo uma questão social, cultural, econômica e de saúde pública, o enfrentamento para esse câncer de nossa sociedade deve vir através da exigibilidade da formação/capacitação de todos os profissionais nas diversas áreas. (CRAMI, 2009, p.88)

Ou seja, é preciso que se tenham equipes formadas por profissionais que atendam situações de violência contra o público infantojuvenil, através de processos de educação permanente para enfrentar as problemáticas trazidas por estes e suas famílias. É importante que em seus espaços de trabalho haja momentos de formação sobre a presente temática, bem como nos currículos de graduação de profissionais da saúde, e demais que atuam nas políticas sociais, esteja presente para conhecimento e aprofundamento teórico, este tema que assola a vida de tantas crianças e adolescentes no país.

Outro desafio identificado para que a rede de proteção tenha êxito em sua efetividade, é a falta de infraestrutura dos serviços que compõe a política de assistência social e dos serviços especializados da política de saúde. Observa-se que a demanda dos serviços é maior que a oferta do que estes podem oferecer, em relação a espaço físico e quantidade de profissionais para o atendimento. Este fato fragiliza a continuidade do atendimento integral das crianças e adolescente vítimas e suas famílias, pois muitos pela falta ou demora de atendimento para determinada especificidade, acabam abandonando o tratamento nos demais serviços de atendimento, e por vezes voltando a exporem-se novamente a situações de risco perpetuando a violência.

Há outro desafio que se mostra fundamental para uma efetiva proteção, que diz respeito a se potencializar a discussão referente à naturalização e banalização da violência, que se percebe na justificada por relações de poder já dadas pela sociedade, dos pais sobre os filhos, dos homens sobre as mulheres, de pessoas da raça branca sobre pessoas da raça

preta, apontando para que possa-se refletir sobre essas construções histórico culturais que constituem tal visão. Fazendo-se necessária uma mudança cultural, no sentido da desnaturalização da prática da violência dentro das famílias brasileiras, dentro da sociedade como um todo.

Considera-se que a não violência é uma construção social, no sentido de incluir, ampliar e universalizar os direitos e deveres de cidadania, e pessoal, pois necessita o reconhecimento da humanidade e da cidadania do outro, do desenvolvimento de valores de paz, solidariedade, convivência, tolerância, capacidade de negociação e solução de conflitos pela discussão e pelo diálogo. O setor saúde tem um papel privilegiado no convívio com o grupo familiar, constituindo-se como um dos principais setores sociais capazes de atuar na prevenção da violência sofrida e perpetrada por esse grupo (BRASIL,2012).

Estes são os principais desafios identificados pela presente autora, para a efetivação de um atendimento em rede de maneira efetiva. É preciso ter-se claro a todos os sujeitos que compõem esta rede de proteção, sejam eles conselheiros tutelares, profissionais da saúde, da assistência social e da educação, os direitos fundamentais deste público, trazidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente 1990, compreendendo o sujeito na sua totalidade, na sua integralidade, entendendo que a atenção integral requer o trabalho articulado em rede, com todas as políticas sociais, efetivando seus serviços, para a real construção e rompimento do ciclo de violência vivido pelas crianças e adolescente vítimas e suas famílias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo principal verificar se, a partir da implementação do SINAN e a obrigatoriedade da notificação compulsória dos casos de violência contra crianças e adolescentes pelos serviços de saúde, este instrumento vem se efetivando como um mecanismo de proteção social, garantindo os direitos deste segmento populacional.

Para chegar a tal objetivo, realizou-se um estudo bibliográfico e documental sobre a temática da violência, utilizando de uma das categorias centrais do método dialético-crítico, a historicidade, para contextualizar tal tema tão presente na atual conjuntura da sociedade. Além de explanar sobre a temática central do presente trabalho, foi feita uma breve análise sobre o início da política de saúde no Brasil, apresentando seu contexto sócio histórico, e as correlações de força travadas para sua implantação.

A partir desta compreensão, abordou-se sobre a criação e implementação do Sistema Nacional de Informações e Agravos de Notificação nos serviços de saúde, bem como sua obrigatoriedade nos casos de identificação de situações de violência contra crianças e adolescentes. Traz a experiência vivida em seu campo de estágio obrigatório, que culminou com a realização do presente trabalho de conclusão de curso.

A fim de substanciar tal trabalho, realizou-se um estudo sobre os dados que constam no SINAN no período compreendido de 2011 a 2013, dos casos de violência contra crianças e adolescentes identificados nos serviços de saúde da cidade de Porto Alegre. Para, então, realizar uma análise descritiva analítica de tais dados, atentando-se a algumas categorias, como, perfil das vítimas, unidade de saúde notificadora, encaminhamentos na rede de atendimento de proteção social e de saúde, etc.

Após, a análise feita do estudo sobre os dados sobre notificações, a presente autora abordou alguns pontos para discussão do que foi observado, tais como o fluxograma

estabelecido dos casos notificados pós notificação pelo SINAN; como o Estado e sociedade civil, através dos movimentos sociais de direitos das crianças e adolescentes, vem se organizando frente à realidade da violência contra este segmento; quais programas, projetos e políticas sociais têm sido promulgadas para prevenir e atentar-se a tal fenômeno, bem como, os desafios que ainda são apresentados para que se garanta um atendimento integral pela rede de proteção social às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência.

Ao final do presente trabalho percebe-se que o esforço para dar conta de tamanha temática como a em questão, centra-se no reconhecimento de que

constitui-se em um problema de saúde coletiva de grande magnitude e transcendência, provocando um forte impacto na morbimortalidade da população. Representa a terceira causa de morte em crianças menores de um ano; a primeira em crianças e adolescentes a partir dos cinco anos de idade e a terceira causa de óbito da população em geral (BRASIL, 2008, p.48).

Merece toda a atenção ao ser tratada em trabalhos acadêmicos, onde se faz necessário não somente a realização de estudos sobre o tema, mas também a objetivação de propostas para o enfrentamento de tal.

Neste sentido ao problematizar sobre o efetivo funcionamento da notificação pelo SINAN, a presente autora, se propôs a discutir formas para que este instrumento se afirme como um mecanismo de garantia dos direitos das crianças e adolescentes vítimas. Por meio das observações que traz sobre as responsabilidades tidas pelos profissionais da saúde e como o Estado e a sociedade civil, vem posicionando-se frente a tal problemática, bem como trazendo os desafios que ainda estão postos para que se consiga garantir a proteção integral deste segmento populacional.

Desta forma, conclui-se então a importância da realização e aprofundamento de estudos que fomentem a discussão e problematização sobre o fenômeno da violência e suas formas de enfrentamento. Entendendo que esta tem origens históricas e sociais, apresentando múltiplos fatores causais e portanto, só poderá ser enfrentada através da articulação de diversos setores e instituições do poder público e da sociedade, para a garantia e ampliação da proteção social da criança e do adolescente.

REFERÊNCIAS

AZAMBUJA, M.R.F. et al. **Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes**. In: O assistente social e o atendimento a famílias em situação de violência sexual infantil. Porto Alegre, Artmed, 2011.

AZEVEDO, Maria A.; GUERRA, Viviane N. de A. **A violência domestica contra crianças e adolescentes. Um cenário em (des) construção**. LACRI/IPUSP.

BARRETO, Christiane S.L. A; ARAÚJO de, Roberto P.C; FELIX, Davi; JUNIOR, Martins. **Violência contra crianças segundo registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, Bahia, Brasil - 2008 a 2012**. Revista de Ciências Médicas e Biológicas. 2010.

BLAY, Eva Alterman. **Violência contra a mulher e políticas públicas**. Estudos Avançados 17 (49), 2003

BRASIL. **Código de ética do/a Assistente Social. Lei 8662/93 de Regulamentação da profissão**. Brasília: Conselho Federal do Serviço Social, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Violência: uma epidemia silenciosa/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Violência: uma epidemia silenciosa, Seminários Regionais./Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Lei nº 8080/1990, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde Brasília**: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Sinan: normas e rotinas.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRAVO, MIS; VASCONCELOS, AM; GAMA, AS; MONNERAT, GL (Org.). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAVO, MIS; VASCONCELOS, AM; GAMA, AS; MONNERAT, GL (Org.). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** 2008.

CRAMI org., Centro Regional aos Maus Tratos na Infância. **Abuso sexual doméstico: atendimento às vítimas e responsabilização do agressor.** São Paulo: Cortez, 2009.
FALEIROS, Vicente de Paula. **Estado e sociedade: parcerias e práticas contra a violência sexual.** Brasília: Universa, 2010.

FERRAZ, Larissa Ferreira. **Análise Sócio Institucional Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Programa de Proteção à Criança Vítima de Violência.** Porto Alegre, dez/2013.

FERRAZ, Larissa Ferreira. **Projeto de Intervenção - Violência contra crianças e adolescentes: uma problemática que deve ser notada e notificada.** Porto Alegre, maio/2014.

FERRAZ, Larissa Ferreira. **Relatório de Estágio Curricular Obrigatório III.** Porto Alegre, dez.2014.

FLEURY, Sonia. **Seguridade Social: a agenda pendente.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 414-424, set./dez. 2003.

GOMES, Romeu. **A Violência enquanto agravo à saúde de meninas que vivem nas ruas.** Cad. Saúde Pública vol.10, Rio de Janeiro 1994.

GONÇALVES, Hebe Signorini; FERREIRA, Ana Lúcia. **A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde.** *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(1): 315-319 jan-fev, 2002.*

HABIGZANG, Luísa F.; AZEVEDO, Gabriela; KOLLER, Silvia H. MACHADO, Paula X. **Fatores de Risco e de Proteção na Rede de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 379-386.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo, Cortez, 2007.

LAGUARDIA, Josué; DOMINGUES, Carla M.A; CARVALHO, Carolina; LAUERMAN, Carlos R.; MACÁRIO, Eduardo; GLATT, Ruth. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em**

MARTINELLI, Maria Lucia. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MASCARENHAS, Márcio D.M; MALTA, Deborah C.; SILVA, Marta M.A da; LIMA, Cheila M.; CARVALHO, Mércia G.O; OLIVEIRA, Vera L.A de. **Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(2): 347-357, fev., 2010.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. Social. **Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1994.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **NOTA TÉCNICA N. °22 CGDANT/DASIS/SVS/MS**. Disponível em http://www1.saude.ba.gov.br/dis/arquivos_pdf/Nota%20t%C3%A9cnica%20n%C2%BA%2022%20CGDANT.pdf Acesso em 06/05/2016.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do serviço social: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução**. São Paulo: Cortez, 2009.

PELISOLI, Cátula; PIRES, Jarbas P.M; ALMEIDA, Maria E. de; DELLAGLIO, Débora D. **Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência**. Temas em Psicologia - 2010 Vol. 18, nº 1, 85 – 97.

PEREZ, Jose R. R.; PASSONE, Eric F. **Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil**. Cadernos de Pesquisa, v.40, n.140, p. 649-673, maio/ago. 2010.

ROJAS Berenice Couto. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível**. São Paulo: Cortez, 2010.

RUCKERT, Tais R.; LIMA, Maria A.D da SILVA; MARQUES, Giselda Q.; GARLET, Estela R.; PEREIRA, Waleska A.P.P.; ACOSTA Aline M. **Assistência em unidades básicas de saúde às vítimas de violência na concepção de enfermeiras**. Cienc. Cuid Saúde 2008 Abr/Jun; 7(2): 180-186.

SALIBA, Orlando; ADAS, Cléa; GARBIN, Saliba; GARBIN, Artenio J.I; DOSSI, Ana Paula. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica**. Rev Saúde Pública 2007; 41(3): 472-7.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. **Boletim epidemiológico 59**. Nov.2015

SEGER, Angela C.B.P; CALDART, Pamela; GROSSI, Patrícia. **Desvelando a violência contra as crianças em um hospital universitário: desafios para o Serviço Social.** Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 1, p. 118 - 131 jan./jun. 2010.

SILVA, Priscila Arruda da; LUNARDI, Valéria L.; RIBEIRO, Juliane Portella; OLIVEIRA, Adriane M.N. de; VASQUEZ, Tania C.S. **Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde no Brasil.** Av Enferm. 2015; 33(1): 142-150.

VASCONCELLOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 8. Ed. São Paulo: Cortez, 2012

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2009.

ZANETTA, Dirce M.T; MENDONÇA, Rita de C.V.; BARISON, Sueli Z.P; ANDRADE, Valdete A.G. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção.** Ciência & Saúde Coletiva, 10(1): 143-149 2005.

ANEXOS

ANEXO A

Ficha de notificação - frente



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

NÚMERO

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

DEFINIÇÃO DE CASO: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

ATENÇÃO: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, Lei nº 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (art. 19 da Lei nº 10.741/2003).

DADOS GERAIS	1- TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2- INDIVIDUAL	
	2- AGRAVO / DOENÇA		CÓDIGO (CID10)	3- DATA DA NOTIFICAÇÃO
	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E / OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Y09	
	4- UF	5- MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	CÓDIGO (IBGE)	
	PORTO ALEGRE			
	6- UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)	CÓDIGO (CNES)	7- DATA DA OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA	

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	6- NOME DO PACIENTE				9- DATA DE NASCIMENTO				
	10- (OU) IDADE		11- SEXO		12- GESTANTE			13- RAÇA/COR	
	1- HORA 2- DIA 3- MES 4- ANO		M - MASCULINO F - FEMININO 1- IGNORADO		1-1º TRIMESTRE 2-2º TRIMESTRE 3-3º TRIMESTRE 4-IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5-NAO 6-NAO SE APLICA 9-IGNORADO			1- BRANCA 2- PRETA 3- AMARELA 4- PARDA 5- INDÍGENA 9- IGNORADO	
	14- ESCOLARIDADE				15- NÚMERO DO CARTÃO SUS				16- NOME DA MÃE
0- ANALFABETO 1-1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU) 2- 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU) 3- 5ª A 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) 4- ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) 5- ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU) 6- ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU) 7- EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA 8- EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA 9- IGNORADO 10- NÃO SE APLICA									

DADOS DE RESIDÊNCIA	17- UF		18- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		CÓDIGO (IBGE)		19- DISTRITO		
	20- BAIRRO			21- LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...)					
	CÓDIGO DO LOGRADOURO (ITEM 21)			22- NÚMERO		23- COMPLEMENTO (APTO., CASA, ...)		24- VILA	
	25- GEO CAMPO 2		26- PONTO DE REFERÊNCIA				27- CEP		
	28- (DDD) TELEFONE			29- ZONA		30- PAIS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)			
				1- URBANA 2- RURAL 3- PERIURBANA 9- IGNORADO					

DADOS COMPLEMENTARES

DADOS DA PESSOA ATENDIDA	31- OCUPAÇÃO				
	32- SITUAÇÃO CONJUGAL / ESTADO CIVIL		33- RELAÇÕES SEXUAIS		
	1- SOLTEIRO 2- CASADO / UNIÃO CONSENSUAL 3- VIÚVO 4- SEPARADO 8- NÃO SE APLICA 9- IGNORADO		1- SÓ COM HOMENS 2- SÓ COM MULHERES 3- COM HOMENS E MULHERES 6- NÃO SE APLICA 9- IGNORADO		
34- POSSUI ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA / TRANSTORNO?		35- SE SIM, QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA / TRANSTORNO?		1- SIM 2- NÃO 8- NÃO SE APLICA 9- IGNORADO	
1- SIM 2- NÃO 9- IGNORADO		FÍSICA VISUAL TRANSTORNO MENTAL MENTAL AUDITIVA TRANSTORNO DE COMPORTAMENTO SÍNDROMES			

DADOS DE OCORRÊNCIA	36- UF		37- MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA		CÓDIGO (IBGE)		38- DISTRITO		
	39- BAIRRO			40- LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, ...)					
	41- NÚMERO		42- COMPLEMENTO (APTO., CASA, ...)			43- GEO CAMPO 3		44- GEO CAMPO 4	
	45- PONTO DE REFERÊNCIA				46- ZONA		47- HORA DE OCORRÊNCIA (00:00 - 23:59)		
					1- URBANA 2- RURAL 3- PERIURBANA 9- IGNORADO				
	48- LOCAL DE OCORRÊNCIA				49- OCORREU OUTRAS VEZES?		50- A LESÃO FOI AUTOPROVOCADA?		
01- RESIDÊNCIA 04- LOCAL DE PRÁTICA ESPORTIVA 07- COMÉRCIO / SERVIÇOS 02- HABITAÇÃO COLETIVA 05- BAR OU SIMILAR 08- INDÚSTRIAS / CONSTRUÇÃO 03- ESCOLA 06- VIA PÚBLICA 09- OUTRO 99- IGNORADO		1- SIM 2- NÃO 9- IGNORADO		1- SIM 2- NÃO 9- IGNORADO					

ANEXO B

Ficha de notificação – VERSO

TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA	51 - TIPO DE VIOLÊNCIA 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> TRÁFICO DE SERES HUMANOS <input type="checkbox"/> PSICOLÓGICA / MORAL <input type="checkbox"/> FINANCEIRA / ECONÔMICA <input type="checkbox"/> INTERVENÇÃO LEGAL <input type="checkbox"/> TORTURA <input type="checkbox"/> NEGLIGÊNCIA / ABANDONO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> SEXUAL <input type="checkbox"/> TRABALHO INFANTIL			52 - MEIO DE AGRESSÃO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> FORÇA CORPORAL / ESPANCAMENTO <input type="checkbox"/> OBJ. PÉRFURO-CORTANTE <input type="checkbox"/> ARMA DE FOGO <input type="checkbox"/> ENFORCAMENTO <input type="checkbox"/> SUBSTÂNCIA / OBJ. QUENTE <input type="checkbox"/> AMEAÇA <input type="checkbox"/> OBJ. CONTUNDENTE <input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO <input type="checkbox"/> OUTRO		
	53 - SE OCORREU VIOLÊNCIA SEXUAL, QUAL TIPO? 1 - SIM 2 - NÃO 8 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> ASSÉDIO SEXUAL <input type="checkbox"/> ATENTADO VIOLENTO AO PUDOR <input type="checkbox"/> EXPLORAÇÃO SEXUAL <input type="checkbox"/> ESTUPRO <input type="checkbox"/> PORNOGRAFIA INFANTIL <input type="checkbox"/> OUTROS			54 - SE OCORREU PENETRAÇÃO, QUAL TIPO? 1 - SIM 2 - NÃO 8 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> ANAL <input type="checkbox"/> VAGINAL		
VIOLÊNCIA SEXUAL	55 - PROCEDIMENTO REALIZADO 1 - SIM 2 - NÃO 8 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> PROFILAXIA DST <input type="checkbox"/> PROFILAXIA HEPATITE B <input type="checkbox"/> COLETA DE SÊMEN <input type="checkbox"/> CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> PROFILAXIA HIV <input type="checkbox"/> COLETA DE SANGUE <input type="checkbox"/> COLETA DE SECREÇÃO VAGINAL <input type="checkbox"/> ABORTO PREVISTO EM LEI					
	56 - CONSEQUÊNCIAS DA OCORRÊNCIA DETECTADAS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO 1 - SIM 2 - NÃO 8 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> ABORTO <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> TRANSTORNO MENTAL <input type="checkbox"/> ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO <input type="checkbox"/> GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> TENTATIVA DE SUICÍDIO <input type="checkbox"/> TRANSTORNO COMPORTAMENTAL <input type="checkbox"/> OUTROS					
CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA	57 - NATUREZA DA LESÃO (CONSIDERAR SOMENTE O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL) 01 - CONTUSÃO 04 - FRATURA 07 - TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO 10 - QUEIMADURA 02 - CORTE / PERFURAÇÃO / LACERAÇÃO 05 - AMPUTAÇÃO 08 - POLITRAUMATISMO 11 - OUTROS 03 - ENTORSE / LUXAÇÃO 06 - TRAUMATISMO DENTÁRIO 09 - INTOXICAÇÃO 88 - NÃO SE APLICA 99 - IGNORADO					
	58 - PARTE DO CORPO ATINGIDA (CONSIDERAR SOMENTE O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL) 01 - CABEÇA / FACE 04 - COLUNA / MEDULA 07 - QUADRIL / PELVE 10 - ÓRGÃOS GENITAIS / ÂNUS 02 - PESCOÇO 05 - TÓRAX / DORSO 08 - MEMBROS SUPERIORES 11 - MÚLTIPLOS ÓRGÃOS / REGIÕES 03 - BOCA / DENTES 06 - ABDOME 09 - MEMBROS INFERIORES 88 - NÃO SE APLICA 99 - IGNORADO					
LESAO	59 - NÚMERO DE ENVOLVIDOS 1 - UM <input type="checkbox"/> 2 - DOIS OU MAIS <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>			60 - VÍNCULO / GRAU DE PARENTESCO COM A PESSOA ATENDIDA 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> EX-CÔNJUGE <input type="checkbox"/> AMIGOS / CONHECIDOS <input type="checkbox"/> POLICIAL / AGENTE DA LEI <input type="checkbox"/> MÃE <input type="checkbox"/> NAMORADO/A <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO/A <input type="checkbox"/> PRÓPRIA PESSOA <input type="checkbox"/> PADASTRO <input type="checkbox"/> EX-NAMORADO/A <input type="checkbox"/> CUIDADOR (A) <input type="checkbox"/> OUTROS : _____ <input type="checkbox"/> MADRASTA <input type="checkbox"/> FILHO/A <input type="checkbox"/> PATRÃO / CHEFE <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> IRMÃ (O) <input type="checkbox"/> PESSOA COM RELAÇÃO INSTITUCIONAL		
	61 - SEXO DO PROVÁVEL AUTOR DA AGRESSÃO 1 - MASCULINO <input type="checkbox"/> 2 - FEMININO <input type="checkbox"/> 3 - AMBOS OS SEXOS <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>			62 - SUSPEITA DE USO DE ALCOOL 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		
DADOS DO PROVÁVEL AUTOR DA AGRESSÃO	63 - ENCAMINHAMENTO NO SETOR SAÚDE 1 - ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL 2 - INTERNAÇÃO HOSPITALAR 8 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>					
	64 - ENCAMINHAMENTO DA PESSOA ATENDIDA PARA OUTROS SETORES 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> CONSELHO TUTELAR (CRIANÇA / ADOLESCENTE) <input type="checkbox"/> DELEGACIA DE ATENDIMENTO À MULHER / DEAM <input type="checkbox"/> CENTRO DE REFERÊNCIA DA MULHER <input type="checkbox"/> VARA DA INFÂNCIA / JUVENTUDE <input type="checkbox"/> DELEGACIA DE PROT. DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE <input type="checkbox"/> CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL / CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> CASA ABRIGO <input type="checkbox"/> OUTRAS DELEGACIAS <input type="checkbox"/> INSTITUTO MÉDICO LEGAL (IML) <input type="checkbox"/> PROGRAMA SENTINELA <input type="checkbox"/> MINISTÉRIO PÚBLICO <input type="checkbox"/> OUTROS					
EVOLUÇÃO E ENCAMINHAMENTO	65 - VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		66 - SE SIM, FOI EMITIDA A COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO (CAT) 1 - SIM 2 - NÃO 8 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		67 - CIRCUNSTÂNCIA DA LESÃO CID 10 - CAP XX	
	68 - CLASSIFICAÇÃO FINAL 1 - CONFIRMADO <input type="checkbox"/> 2 - DESCARTADO <input type="checkbox"/> 3 - PROVÁVEL <input type="checkbox"/> 8 - INCONCLUSIVO <input type="checkbox"/>		69 - EVOLUÇÃO DO CASO 1 - ALTA <input type="checkbox"/> 2 - EVASÃO / FUGA <input type="checkbox"/> 3 - ÓBITO POR VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> 4 - ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		70 - SE ÓBITO POR VIOLÊNCIA, DATA _____	
	71 - DATA DE ENCERRAMENTO _____					
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES						
NOME DO ACOMPANHANTE			VÍNCULO / GRAU DE PARENTESCO		(DDD) TELEFONE	
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:						
TELEFONES ÚTEIS						
DISQUE-SAUDE 0800 61 1997		CENTRAL DE ATENDIMENTO À MULHER 180		DISQUE-DENÚNCIA - COMBATE AO ABUSO E EXPLORAÇÃO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES 100		
MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE					CÓD. DA UNID. DE SAÚDE / CNES	
NOME			FUNÇÃO		ASSINATURA	

VERSO MOD. S-806