

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira  
Deborah Pedrosa Moreira  
Samira Valentim Gama Lira  
(Organizadoras)



# ENFRENTAMENTO ÀS VIOLÊNCIAS:

SUJEITOS, ESTRATÉGIAS E CONTEXTOS



## UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

### REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

### VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

### EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

### CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Frago	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

### CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro   UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão   UFC
Eliane P. Zamith Brito   FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça   UNIFOR
Homero Santiago   USP	Pierre Salama   Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves   USP	Romeu Gomes   FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto   UFF	Túlio Batista Franco   UFF

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira  
Deborah Pedrosa Moreira  
Samira Valentim Gama Lira  
(Organizadoras)

# **ENFRENTAMENTO ÀS VIOLÊNCIAS: SUJEITOS, ESTRATÉGIAS E CONTEXTOS**

1ª Edição  
Fortaleza - CE  
2016



## ENFRENTAMENTO ÀS VIOLÊNCIAS: SUJEITOS, ESTRATÉGIAS E CONTEXTOS

© 2016 *Copyright by* Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Deborah Pedrosa Moreira e Samira Valentim Gama Lira

Impresso no Brasil / Printed in Brazil  
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE  
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará  
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893  
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



### Coordenação Editorial

Erasmus Miessa Ruiz

### Diagramação e Capa

Narcelio de Sousa Lopes

### Revisão de Texto

EdUECE

### Ficha Catalográfica

Vanessa Cavalcante Lima – CRB 3/1166

---

E 56      Enfrentamento às violências: sujeitos, estratégias e contextos [livro eletrônico]  
/ Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Deborah Pedrosa Moreira, Samira  
Valentim Gama Lira (orgs). – Fortaleza: EdUECE, 2016.

436 p.  
ISBN: 978-85-7826-319-5

1. Violência na contemporaneidade. 2. Grupos sociais receptores de  
violência. 3. Ambientes sociais de incidência de violência. 4. Cuidado as  
vítimas de violência. I. Título.

CDD: 361

---

# Sumário

**AGRADECIMENTOS ..... 11**

## **APRESENTAÇÃO**

**Abordagens das Violências no Campo da Saúde Pública 12**

*Juliana Guimarães e Silva*

## **CAPÍTULO INTRODUTÓRIO**

**Produção e reprodução social da violência na contemporaneidade ..... 16**

*Juliana Guimarães e Silva*

## **PARTE 1**

### **PLURALIDADE DA VIOLÊNCIA NOS MÚLTIPLOS SERVIÇOS**

**Violência contra a mulher: avanços, limites e desafios da abordagem do fenômeno nos serviços de saúde ..... 31**

*Ludmila Fontenele Cavalcanti*

**A periculosidade e a violência do sujeito em sofrimento psíquico durante situação de crise..... 57**

*Adriano Rodrigues de Souza*

*Ricardo José Soares Pontes*

**Prevalência e fatores associados à violência conjugal em uma área atendida pela Saúde da Família no Nordeste do Brasil..... 77**

*Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante*

*Álvaro Jorge Madeiro Leite*

*Márcia Maria Tavares Machado*

*Isabel Altenfelder Santos Bordin*

*Cristiane Silvestre Paula*

*Ângela de Alencar Araripe Pinheiro*

**Encaminhamentos realizados pelos profissionais às mulheres em situação de violência nos serviços sentinelas..... 97**

*Renata Carneiro Ferreira*

*Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*

*Raimunda Magalhães da Silva*

*Gracyelle Alves Remigio Moreira*

*Isabella Lima Barbosa*

*Kerma Márcia Freitas*

**Fatores associados ao conhecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente por profissionais de saúde na notificação da violência ..... 113**

*Geisy Lanne Muniz Luna*

*Samira Valentim Gama Lira*

*Deborah Pedrosa Moreira*

*Alexandre Guimarães Bezerra Cavalcante*

*Alina Albuquerque Luna*

*Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*

**O fluxo de atendimento de maus tratos contra crianças e adolescentes em uma emergência pediátrica..... 134**

*Luciana Vilma Oliveira Quintino Amaral*

*Ivana Lima Verde Gomes*

*Maria Veraci Oliveira Queiroz*

*Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*

*Annatalia Meneses de Amorim Gomes*

**Suicídio e gênero: uma revisão de literatura .....149**

*Stela Nazareth Meneghel*

*Roger Flores Ceccon*

**Notificação de maus tratos em crianças e adolescentes pelos profissionais da atenção básica nas regiões de saúde no sertão central cearense .....170**

*José Reginaldo Pinto*

*Gracyelle Alves Remigio Moreira*

*Ivna Zaíra Figueredo da Silva*

*Geisy Lanne Muniz Luna*

*Juliana Guimarães e Silva*

*Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*

**Conjuntura da notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família em regiões de saúde cearenses .....192**

*Ivna Zaíra Figueredo da Silva*

*José Reginaldo Pinto*

*Gracyelle Alves Remigio Moreira*

*Poliana Hilário Magalhães*

*Aline de Souza Pereira*

*Lívia de Andrade Marques*

**Violência e agressividade no esporte em jovens atletas..214**

*Ricardo Hugo Gonzalez*

*Carla Beatriz Moraes Duarte*

*Renê de Caldas Honorato*

*Kellyane Pereira*

*Leônidas Oliveira Neto*

*Márcia Maria Tavares Machado*

## PARTE 2

### VIOLÊNCIAS CONFRONTANDO ESPAÇOS EDUCACIONAIS

#### **Percepções e estratégias de enfrentamento ao *bullying* na escola por alunos e professores .....233**

*Luiza Luana de Araújo Lira Bezerra*

*Ivana Lima Verde Gomes*

*Sarah Vieira Figueiredo*

*Cláudia Sobral de Oliveira Uchoa*

*Mayara Kelly Moura Ferreira*

*Déborah Danna da Silveira Mota*

#### **Sentidos e significados da violência na escola .....256**

*Lídia Andrade Lourinho*

*Ana Maria Fontenelle Catrib*

*Aline Veras Moraes Brilhante*

*Natalia Bitar da Cunha Olegário*

#### **Violência estrutural e as implicações no cotidiano escolar em adolescentes com deficiência visual .....279**

*Camilla Pontes Bezerra*

*Márcia Maria Tavares Machado*

*Ana Cléa Veras Camurça Vieira*

*Luíza Jane Eyre de Souza Vieira*

## PARTE 3

### VIOLÊNCIAS EM GRUPOS VULNERÁVEIS

#### **Violência estrutural e a saúde bucal de idosos: vinte e quatro anos de invisibilidade .....305**

*Maria Vieira de Lima Saintrain*

*Rosendo Freitas de Amorim*

*Suzanne Vieira Saintrain*

*Fátima Luna Pinheiro Landim*

*Mirna Albuquerque Frota*

*Zélia Maria de Sousa Araújo Santos*

**Produção na literatura sobre Conselho Tutelar e a violência contra a criança e o adolescente .....319**

*Samira Valentim Gama Lira*

*Gerarda Maria Araújo Carneiro*

*Maryna Vasconcelos de Oliveira Vicente*

*Deborah Pedrosa Moreira*

*Aline de Souza Pereira*

*Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*

**Lúdico na promoção da saúde de crianças em situação de risco .....343**

*Mirna Albuquerque Frota*

*Luiza Luana de Araújo Lira*

*Camila Santos do Couto*

*Caroline Soares Nobre*

*Ceci Vilar Noronha*

*Fátima Luna Pinheiro Landim*

**Análise das reportagens veiculadas na mídia sobre violência contra a mulher .....365**

*Rafaela Oliveira de Sales*

*Gracyelle Alves Remigio Moreira*

*Layna Tayaná da Silva Pontes*

*Alina Albuquerque Luna*

*Maria Alix Leite Araújo*

*Raimunda Magalhães da Silva*

**Adolescentes em conflito com a lei: relatos de delitos e institucionalização .....387**

*Keyla Rejane Frutuoso de Moraes*

*Fátima Luna Pinheiro Landim*

*Patrícia Moreira Costa Collares*

*Ana Karina Monte Cunha Marques*

**Acidentes de trabalho graves notificados no município de Fortaleza .....409**

*Paula Pessoa Monteiro*

*Crícia Maria Lima Pontes*

*Carmina Maria Goersch Fontenele Lamboglia*

*Danielle Malta Lima*

**Sobre os autores .....423**

## AGRADECIMENTOS

Às Instituições que colaboraram e possibilitaram a realização destas pesquisas.

- Fundação Edson Queiroz - FEQ
- À Universidade de Fortaleza – Unifor.
- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq
- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes
- Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Funcap

Os agradecimentos são extensivos as Instituições de Ensino e aos Serviços que mediarão à disponibilização de “sujeitos e contextos” na trajetória da produção dos dados que, por sua vez, abrolharam textos analíticos sobre realidades singulares e, ao mesmo tempo, plurais.

Aos respondentes dos estudos, aos autores das Instituições de Ensino e a todos que contribuirão com o êxito desta publicação.

## APRESENTAÇÃO

### Abordagens das Violências no Campo da Saúde Pública

Juliana Guimarães e Silva

*“A violência muda, e a mudança está também na representação do fenômeno. Se, frequentes e numerosos esforços são empreendidos no sentido de fornecer uma apresentação objetiva, convertida em cifras, da violência – estatísticas de crimes, de delinquência, de motins etc. –, esta também não deixa de ser altamente subjetiva, ela é aquilo que em um dado momento uma pessoa, um grupo, uma sociedade considera como tal.” (Wieviorka, 2007)*

As violências, em suas múltiplas expressões, constituem a vida social em suas dimensões material e simbólica e se apresentam hoje como uma preocupação de alta relevância tanto para as instâncias públicas, quanto para a sociedade civil. Suas representações passam pela subjetividade humana que por sua vez, é influenciada pela natureza da sociedade na qual se expressa, o contexto histórico e as relações culturais. Essas articulações permitem perceber que em um determinado momento e em uma dada sociedade, uma situação ou fato específico pode ser ou não considerado violência, o que denota a pluralidade e complexidade deste fenômeno.

Historicamente, as violências têm sido estudadas prioritariamente pelas Ciências Humanas e Sociais, Direito e Segurança Pública. No campo da Saúde, o tema se impôs pelo impacto nas taxas de mortalidade e magnitude das lesões e traumas que refletiram na inclusão da temática na agenda de políticas públicas da área. As demandas para os estudos sobre violência e saúde passaram então a ser não somente a produção de dados quantitativos para sua análise, mas também um esforço no sentido de compreender a sua dinâmica de produção e reprodução social. Deste modo, as violências ganharam centralidade em estudos efetuados no âmbito da saúde com importantes contribuições para o entendimento do fenômeno e configurando-se como um campo de ação e intervenções intersetoriais.

No contexto das investigações acerca das violências, Oliveira (2008) as qualifica como abrangentes e complexas e considera que elas se constituem a partir de olhares disciplinares diversos. O autor pontua ainda que o desafio de estudar esse tema é muitas das vezes árduo e exige dedicação, persistência, visão integrativa de conhecimentos, rigor metodológico, e ousadia no sentido de construir pontes transdisciplinares e formular hipóteses que possam contribuir para elaboração de teorias acerca de suas causas e consequências nos âmbitos individual e comunitário.

Neste cenário, importantes pesquisas empíricas acrescentadas de uma reflexão sobre a realidade brasileira foram produzidas. Dentre elas, a obra *Enfrentamento às violências: sujeitos, estratégias e contextos* traz pluralidade das violências no âmbito dos serviços de saúde, dos espaços educacionais e aborda as expressões desse fenômeno nos grupos vulneráveis.

O livro conta com mais de 60 colaboradores, de diferentes instituições e inserções profissionais e acadêmicas e de

distintas áreas (tais como Enfermagem, Ciências Sociais, Pedagogia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Serviço Social, Economia, Psicologia, Ciências Biológicas, Administração, Estatística, Medicina, Educação Física, Nutrição, Fisioterapia, Antropologia) que conferem à obra o seu caráter interdisciplinar. Dentre estes autores há uma diversidade de pesquisadores seniores e jovens pesquisadores que têm participado dos debates e produzido conhecimento acerca das violências no campo da saúde contribuindo para a sua consolidação.

Os capítulos aqui reunidos oferecem ao leitor um panorama diversificado acerca de temas de investigação que podem ser considerados recentes a exemplo da violência conjugal, do funcionamento dos serviços sentinela, da violência nos esportes, da notificação das violências e do *bullying*. Em intersecção com esses estudos, releituras de temas clássicos como violência contra a mulher, violência contra a criança e o adolescente, suicídio, violência baseada nas questões de gênero, violência estrutural, mídia e violência e as violências nos diferentes grupos vulneráveis são apresentadas e aprofundam o conhecimento já produzido pela área da saúde e outros campos disciplinares.

Na primeira parte do livro as violências e a sua pluralidade são abordadas no âmbito da rede de serviços de saúde que recebem, além de indivíduos com afecções agudas e crônicas, pessoas em situação de violência. A diversidade desses serviços é aqui representada pela Estratégia Saúde da Família, pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, pelas unidades de emergência para adultos e pediátricas e pelos serviços sentinela. A discussão sobre as políticas de saúde pública direcionadas à proteção e atenção às mulheres em situação de violência, as políticas e serviços de saúde mental, os suicídios sob a perspectiva de gênero, os encaminhamentos efetuados às mulheres nos

serviços sentinelas e a notificação das violências por profissionais de saúde ganham destaque e são analisadas em textos que trazem em seu conteúdo olhares sobre as práticas profissionais, bem como sobre limites e possibilidades destas e das políticas de saúde relacionadas ao enfrentamento das violências.

Os estudos sobre as violências que confrontam os espaços educacionais apontam questões importantes para a compreensão do bullying, dos sentidos e significados da violência na escola a partir de atores que nela atuam, chamando atenção sobre a importância da acessibilidade de adolescentes com deficiência visual no ambiente escolar.

Os textos que tratam sobre a violência em grupos vulneráveis - criança, adolescente, mulher e idoso - discutem temas violência estrutural e suas relações com a saúde bucal, produção científica sobre conselho tutelar e violência contra a criança e o adolescente e o lúdico na promoção da saúde de crianças em situação de risco. Uma análise das reportagens veiculadas na mídia sobre violência contra mulher levanta importantes questões acerca da representação da mídia sobre este tipo de violência, bem como a sua influência no imaginário social.

Por fim, escopo desta obra oferece importantes elementos provocativos à reflexão sobre as práticas de saúde e sobre os avanços, possibilidades e limites das políticas de enfrentamento à violência a partir de visões de distintos pesquisadores e da diversidade de abordagens teóricas e metodológicas. O desafio de reunir diferentes pesquisas em uma única obra denota a complexidade e relevância da temática da violência e representa uma importante colaboração para a consolidação desse campo de conhecimento e fortalecimento das políticas de saúde.

## CAPÍTULO INTRODUTÓRIO

### **Produção e reprodução social da violência na contemporaneidade**

*Juliana Guimarães e Silva*

“(...) o que há de mais misterioso, e de mais central, na violência: não as frustrações que ela eventualmente revela, não os cálculos mais ou menos racionais daquele que a ela recorre em caso de necessidade, tampouco a cultura de onde veio. Mas as lógicas de perda e sobrecarga de sentido, no curso das quais ocorre de a violência se construir, a parte de excesso e de falta que ela comporta, a subjetividade torcida, por vezes também pervertida ou perversa que a torna possível.” (Wieviorka, 2007, p.1153)

No nosso cotidiano a violência tem alcançado ampla visibilidade em função, principalmente, dos altos índices de criminalidade. No imaginário social, o crime e a delinquência são as formas mais evidentes de manifestação da violência o que, em parte, repercute uma visão produzida pela grande mídia. Ao mesmo tempo em que explora os crimes, a mídia produz criminosos, ajuda a disseminar o medo e a sensação de insegurança

generalizada como se, para a violência, não houvesse outra forma de solução senão o reforço às forças policiais de repressão e o aumento do aparato bélico.

Neste cenário, não se pode reduzir a violência unicamente à criminalidade. Minayo (2003) pontua que a relevância para a delinquência e a criminalidade não abrange nem a magnitude nem a complexidade do fenômeno da violência.

Assim, um dos desafios para os estudiosos da área é buscar modos explicativos que possibilitem a sua compreensão em nossa conjuntura atual. Cabe, portanto, aprofundar a reflexão sobre a violência enquanto componente da vida social e tecida no âmbito das relações humanas.

Partindo deste entendimento, Domenach (1981) sustenta a ideia de que a violência é construída no âmbito das consciências e subjetividades e se encontra inscrita e arraigada nas relações sociais. O autor afirma ainda que a violência é, historicamente, um fenômeno humano e que, a partir do momento em que a pessoa é reconhecida como cidadã, a sociedade reconhece o seu direito à liberdade e à felicidade, o que torna a violência um fenômeno associado ao emprego ilegítimo da força física, moral ou política contra a vontade do outro.

A necessidade de compreender a violência atual considera que esta possui raízes na história e nos processos sociais, uma vez que as suas expressões se modificam e mudam também as percepções e os comportamentos em relação ao fenômeno (WIEVIORKA, 2007).

Minayo (2005) afirma que ao se analisar atos violentos revela-se que ele estão relacionados a conflitos de autoridade,, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. A aceitação ou reprovação das expressões da violência, lícitas ou ilícitas, de acordo com

as normas sociais vigentes e mantidas por usos e costumes ou aparatos legais da sociedade

Percebe-se que a força e o poder constituem-se em categorias centrais envolvidas na definição das violências no contexto atual. Nessa relação, o poder configura-se como o canal pelo qual a força, seja ela física ou simbólica, é aplicada para atingir um determinado objetivo. Como consequência expressam-se danos físicos, mentais e/ou morais originados pelas violências entre indivíduos, grupos, instituições ou organizações da sociedade civil.

No campo sociológico, uma série de elementos é apresentada como fundamentais na definição das violências. Tais elementos são identificados por Santos (2002b) e Santos (2000) como sendo: (i) as violências como forma de sociabilidade; (ii) força, coerção e dano em relação ao outro; e (iii) relação social de excesso de poder que impede o reconhecimento do outro.

Na primeira perspectiva, os autores consideram que as violências podem configurar-se como uma forma de sociabilidade na qual ocorre a afirmação de poderes legitimados por uma norma social, atribuindo-as a forma de controle social. As violências então se constituem em um dispositivo de controle contínuo.

Já a noção de coerção ou de força pressupõe um dano produzido em outro indivíduo ou grupo social pelos atos de excessos presentes nas relações de poder. Esses atos podem atingir diferentes classes ou categorias sociais, gêneros ou etnias podendo ser exercidos pelo Estado (nível macro) ou por grupos sociais (nível micro), o que caracteriza, para estes estudiosos, a violência social contemporânea. Além disso, as violências podem se configurar por relações sociais de excesso de poder que impedem o reconhecimento do outro – indivíduo, classe, gê-

nero, raça – mediante o uso da força e da coerção, provocando danos ou mesmo dilaceramento da sua cidadania, e configurando o oposto das possibilidades da sociedade democrática contemporânea. Assim, os autores pontuam que as violências envolvem uma multiplicidade de dimensões materiais, corporais e simbólicas nas quais se efetivam os danos.

A esta visão contemporânea das violências, pode-se acrescer a discussão de Wieviorka (2007) em relação à reestruturação produtiva e ao declínio do movimento operário. Este autor afirma que, diferentemente do período industrial, no mundo atual faltam mecanismos de expressão de conflitos.

Dessa forma, as violências encontram espaço muito mais propício para se exprimir quando a realidade social não se encontra estruturada por tipos de conflitos passíveis de serem tratados por seus atores. Neste sentido, as violências traduzem a existência de problemas sociais que não se transformam em tema para debate e busca de solução para a sociedade (MINAYO, 2005).

## **A violência e sua reprodução no mundo globalizado**

Diante desta breve discussão conceitual sobre o fenômeno da violência, se faz necessário considerar o contexto na qual ela se reproduz caracterizado por intensas transformações sociais, econômicas e políticas em um mundo globalizado.

A globalização é concebida como um fenômeno multifacetado, com dimensões econômicas, políticas, sociais, culturais, religiosas e jurídicas, interligadas de forma complexa, para o qual não há um consenso. Para compreendê-lo é necessário buscar os determinantes históricos que apontam o seu início nos anos 1980, mais especificamente após a *Guerra Fria*. A

consolidação do capitalismo, as crises do pós-guerra e o modelo de industrialização provocaram uma reorganização da economia, em bases internacionalistas, que anunciaram o fim do sistema nacional enquanto núcleo das atividades e estratégias humanas organizadas (SANTOS, 2002a).

Como característica da globalização, o Estado perde a capacidade de responder isoladamente às demandas do sistema globalizado e de prover bens e serviços à sua população sem estabelecer cooperação internacional, o que atribui ao Estado-Nação novos contornos e funções (MARIANO, 2007).

Associado ao novo “papel” desempenhado pelo Estado, a estruturação da sociedade em um sistema de classes é uma característica marcante que conforma um sistema injusto que gera apenas um tipo de redistribuição: o da massa da população para a burguesia estatal, as multinacionais e o capital local, o que resulta nas desigualdades sociais (SANTOS, 2002a).

Vale ressaltar alguns inegáveis avanços alcançados com a globalização. Por um lado possibilitou o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, por meio do acesso instantâneo à informação, ao conhecimento imediato das inovações e aos acontecimentos do mundo. Por outro, fatores políticos ligados a esse processo acarretaram o surgimento de um espaço dominado pelo mercado global. Representou um marco na história e na sociedade e trouxe consigo um período de crise que afeta a vida em todos os seus setores (WESTPHAL, 2006).

A globalização trouxe também consigo uma nova ética entre as relações sociais e interpessoais por valorizar o individualismo e a competitividade gerando problemas sociais sustentados pelos poderes que regulam as atividades econômicas globais, acarretando a crise como resposta à exclusão das sociedades.

As consequências do processo de globalização têm-se expressado de diversas maneiras nas guerras religiosas e étnicas, na especialização em negócios ilegais estabelecendo uma conexão perversa à economia global, na migração em massa para os países centrais e na busca de alternativas para a grande proporção da população marginalizada que gera violências e outros males (WESTPHAL, 2006).

Na medida em que os países centraram seus modelos de desenvolvimento na economia, em detrimento das necessidades humanas, ocasionaram dificuldades de acesso das suas populações a serviços básicos como saúde, educação, segurança e mercado de trabalho formal o que acarretou o empobrecimento das massas populacionais, exclusão social e do consumo equitativo de bens materiais e culturais que resultaram e aprofundaram as desigualdades sociais.

Nesse sentido torna-se importante refletir que o contexto de globalização trouxe consigo repercussões para as condições de vida e de saúde das populações. Barata (2006) pontua que tais repercussões, no campo acadêmico das investigações científicas sobre as desigualdades sociais, ganham espaço na perspectiva da iniquidade, ou seja, como injustiça social.

Diante do exposto pode-se afirmar que o contexto histórico e o modelo de desenvolvimento econômico explicitados desenham juntos este cenário global no qual o Brasil está inserido, um país emergente e periférico, que tem uma pequena parcela de sua população inclusa neste novo sistema e a maioria dela encontra-se excluída e marginalizada desse processo.

Neste contexto, Santos (2009) afirma que a globalização cria uma perversidade sistêmica que resulta na violência estrutural, que se encontra na base da produção de outras violências, e constitui a violência central original. Para o autor a violên-

cia estrutural, na era da globalização é resultado da presença e das manifestações conjuntas do dinheiro em estado puro, da competitividade em estado puro e da potência em estado puro conduzindo à emergência de novos totalitarismos.

Assim, há que se reconhecer os vínculos entre globalização e violências, uma vez que essa última é alimentada pelas desigualdades e pela exclusão, acabando por reforçar a violência estrutural, não deixando de citar que a fragmentação cultural, também encorajada pela mundialização, constitui-se em outro campo de produção e reprodução das violências.

Sobre esta questão Wieviorka (1997) considera que as ligações diretas da fragmentação social e cultural com a mundialização da economia contribuem com a mundialização da violência, com suas formas fragmentárias. Dessa forma, estaria ocorrendo, atualmente no Brasil, uma resignificação da violência, sendo sua compreensão dependente dos arranjos sociotários dos quais emerge.

Nesse cenário marcado pelas desigualdades sociais e pelos processos de exclusão e segregação social, segmentos específicos da população vivenciam de forma intensa as dificuldades de inclusão social que se expressam por privações no acesso a bens materiais e culturais. A sociedade da “modernidade tardia” é então caracterizada pela reprodução estrutural da exclusão social, por uma disseminação das violências, com rupturas de laços sociais e desfiliação de várias categorias dentre as quais a juventude, constitui uma das grandes vítimas da mundialização (SANTOS, 2007).

Nesse contexto, a mundialização da economia e suas ligações diretas com a fragmentação cultural e social contribuem para a mundialização da violência com suas formas fragmentárias, uma vez que esta se alimenta das desigualdades e da exclusão que se reforçam com o mercado globalizado.

O fenômeno da globalização acaba então por impactar de forma perversa àqueles que ficam à margem dos processos de desenvolvimento econômico e social. Ele traz para os contextos locais, nos quais faltam serviços básicos, opções de lazer e oportunidades de engajamento no mercado de trabalho formal, questões internacionais a exemplo do tráfico de substâncias ilícitas que, nesses contextos se tornam uma opção de inclusão, construção e afirmação de identidade, principalmente para os jovens, tornando-os mais expostos e vulneráveis à violência.

## **Propostas para abordagem compreensiva da violência**

A multiplicidade de determinantes e sua dinâmica de inter-relações configuram as violências como um problema que precisa ser compreendido em seu contexto social, cultural e histórico. Ilustrando estas relações Morin (2004) ressalta que o desafio da globalidade é também o da complexidade sendo necessário perceber o contexto e compreendê-lo de forma multidimensional, evitando a fragmentação.

Neste sentido, há modelos explicativos que propõem a análise da violência por meio de abordagens multifatoriais partindo-se do pressuposto de que este é fenômeno inserido em uma teia de relações sociais e, em sua complexidade, precisa ser analisada em rede.

Briceño-Leon (2005) sugere um modelo sociológico explicativo para a violência urbana na América Latina a partir de três níveis de compreensão: estrutural, mesosocial e microsociaL

O nível estrutural se refere a aspectos de natureza macrosociais que atuam sobre a gênese da violência e fazem com que ela perdure por longos períodos de tempo. O autor pontua que não é fácil identificar a associação imediata entre os fatores

estruturais e a violência e nem se pode afirmar que eles determinam, necessariamente, a sua ocorrência. No entanto, tais fatores são capazes de determinar transformações na sociedade que criam uma base para o desenvolvimento de comportamentos violentos. Os aspectos macrosociais se configuram nas condições mais difíceis de ser modificadas e, talvez por esse motivo, sejam mais relevantes como causas principais da violência.

Como fatores macrosociais Brinceño-Leon (2005) aponta: aumento das desigualdades sociais, melhora da educação acompanhado do contraditório aumento do desemprego, ampliação de aspirações pessoais e a impossibilidade de satisfazê-las, redução do controle social exercido pela família e pelas religiões.

O segundo nível, remete aos aspectos chamados pelo autor de mesosociais que contemplam fatores de origem menos estruturais relacionados aos efeitos de situações específicas e da cultura sobre o comportamento. Neste nível se encontram os fatores que fomentam a violência, encorajando ou mesmo facilitando a sua perpetração. Entretanto, são mais facilmente passíveis de modificação, uma vez que a liberdade dos indivíduos em relação a esses fatores é maior do que sobre os fatores estruturais.

A segregação social, que produz a divisão das cidades, e a densidade urbana, o mercado local de drogas e a cultura machista se estabelecem como condições que influenciam no comportamento e podem ter como efeito, a violência.

O terceiro nível aborda os fatores microsociais que são também denominados facilitadores, pois são de natureza individual e atuam facilitando o comportamento violento ou mesmo o tornam mais prejudicial ou letal. Nesse nível se encontram o incremento do uso das armas de fogo, o consumo de álcool e a incapacidade que algumas pessoas possuem de expressar verbalmente seus sentimentos.

No campo da Saúde, o Modelo Ecológico proposto pela Organização Mundial da Saúde, no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde aborda a multicausalidade da violência e analisa as inter-relações entre condições individuais e contextuais considerando que ela resulta da influência de quatro diferentes dimensões sobre o comportamento: individual, relacional, comunitária e social (KRUG *et al*, 2002).

A dimensão individual focaliza as características do indivíduo que podem favorecer sua implicação em atos violentos (atributos biológicos; demográficos; abuso de substâncias; dentre outros). Em nossa sociedade atual, o fato de ser homem e jovem coloca o indivíduo em maior risco de vitimização.

As relacionais identificam como o risco para vitimização ou perpetração da violência pode aumentar pela influência de relações sociais próximas (família, parceiros íntimos, amigos); enquanto (iii) os comunitários relacionam as condições dos cenários em que se dão as relações e possibilitam o envolvimento com a violência (escolas, locais de trabalho, vizinhança).

A dimensão social analisa os fatores sociais e culturais mais amplos que influenciam os índices de violência (políticas de saúde, educacionais, econômicas e sociais) (KRUG *et al*, 2002).

A primeira aplicação desse modelo ocorreu na década de 1970, quando se buscou compreender os episódios de abuso infantil e, posteriormente, os casos de violência juvenil. Foi também utilizado por pesquisadores para entender os abusos contra idosos e a violência entre parceiros íntimos (KRUG *et al*, 2002).

Ressalta-se que as dimensões propostas pelo Modelo Ecológico se intercomunicam e se interpõem em muitos momentos da análise sobre violência. Nesta perspectiva, Bron-

fenbrenner (1987) conceitua o ambiente ecológico como um conjunto de estruturas organizadas em diferentes dimensões, no qual cada um deles contém o outro. O autor argumenta ainda que a capacidade de formação de um sistema depende da existência das interconexões sociais entre este sistema e outros. Assim, todas as dimensões do Modelo Ecológico são interdependentes e, portanto, requerem participação conjunta dos diferentes contextos e uma comunicação entre eles.

Estes modelos ajudam a pensar a violência a partir de aspectos individuais, relacionais e contextuais proporcionando um entendimento mais aprofundado das condições e das múltiplas interferências que a constituem na sociedade.

## **Reflexões finais...**

No âmbito das estratégias de enfrentamento à violência, destaca-se a urgência de se criar um ambiente propício a um convívio social mais acolhedor, no qual seja priorizada a construção de redes de apoio social que se comuniquem e se fortaleçam ao longo do tempo, bem como políticas sociais efetivas de inclusão visando consolidar a cidadania.

Para que tais ações possam ser desenvolvidas é preciso repensar a forma como a sociedade atual está configurada. A estrutura social capitalista que prioriza os sistemas financeiros, o lucro e a concentração de riqueza, ao mesmo tempo, fomenta as desigualdades e a disparidades de poder econômico e político.

Em consequência, aprofunda-se a exclusão e a opressão de grupos específicos da população que ficam à margem dos processos de desenvolvimento. Tais grupos vivenciam precariedades e privações que se refletem na produção das subjetividades e na construção da autoestima que podem desencadear

comportamentos violentos como uma forma de se construir e se autoafirmar enquanto sujeito.

Diante desses entraves que tocam diretamente a problemática da violência, há que se buscar caminhos para a ampliação e fortalecimento da democracia. Uma sociedade capitalista menos excludente, que fortaleça políticas de distribuição de renda mais igualitárias e garanta o acesso a direitos básicos como habitação, saúde, educação, alimentação, entre outros direitos.

Além destes, o “empoderamento” da população também precisa ser reforçado por meio da participação popular nos diversos espaços sociais. O resgate da cidadania, na nossa atual conjuntura, é parte da ação de enfrentamento e prevenção à violência.

Considerando o campo teórico, pode-se apontar, portanto, que há uma diversidade de abordagens e modelos que buscam entender a temática da violência de uma forma mais contextual e compreensiva, a partir dos distintos campos disciplinares, escolas de pensamento e categorias profissionais dos pesquisadores que a adotaram como objeto de investigação.

Na ponta que os estudos procuram alcançar, se encontram os profissionais dos diferentes componentes da rede de atenção à saúde, dos espaços educacionais e ainda o grupos vulneráveis - crianças, adolescentes, mulheres, idosos - entre outros, que lidam com a violência em suas múltiplas expressões e vivenciam diretamente os seus efeitos deletérios. Todos eles, profissionais, pessoas em situação de violência e pesquisadores abraçaram cotidianamente a possibilidade e o desafio de melhor conhecer o fenômeno para enfrentá-lo.

## Referências

BARATA, R.B. Desigualdades sociais e saúde. In: CAMPOS, G. W.S; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN M-JÚNIOR, M.D.; CARVALHO, Y.Y.(Organizadores). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 457-486.

BRICEÑO-LEON, R. Urban violence and public health in Latin America: a sociological explanatory framework. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1629-64, 2005.

BROFENBRENER, U. **La ecología del desarrollo humano**. Espanha: Paidós; 1987.

DOMENACH, J. La violência. In: Unesco, organizadores. **La violencia y sus causas**. Paris: Unesco; 1981. p.33-45.

KRUG, E.G. *et al.* **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS; 2002.

MARIANO, K.P. Globalização, integração e o estado. **Lua Nova**, v.71, p.123-168, 2007.

MINAYO, M. C. S. A Violência Dramatiza Causas. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 23-47.

MINAYO, M.C.S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.10-41.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.

SANTOS, B.S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez; 2000.

SANTOS, B. S. Os processos de globalização. In: SANTOS, B. S. **A globalização e as Ciências Sociais**. São Paulo: Cortez; 2002a. p. 25-102.

SANTOS, J.V.T. A agonia da vida: mortes violentas entre a juventude do país do futuro. In: CRUZ, MVG; BATITUCCI, EC. **Homicídios no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV; 2007. p. 11-24.

SANTOS, J.V.T. Microfísica da violência, um questão social mundial. **Ciência e Cultura**, v.54, n.1, p.39-43, 2002b.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record; 2009.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S.(Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 635-66.

WIEVIORKA, M. O novo paradigma da violência. **Rev. Sociol. USP**, v.9, n., p.5-41, 1997.

WIEVIORKA, M. Violência hoje. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11(Supl. 1), p. 1147-53, 2007.

# PARTE 1

## PLURALIDADE DA VIOLÊNCIA NOS MÚLTIPLOS SERVIÇOS

# **Violência contra a mulher: avanços, limites e desafios da abordagem do fenômeno nos serviços de saúde**

Ludmila Fontenele Cavalcanti

O presente artigo tem como objetivo, primeiramente, apresentar o processo de reconhecimento da violência contra a mulher, como uma das expressões da violência de gênero, no campo da saúde pública, influenciado por uma trajetória internacional mais ampla, bem como a magnitude desse fenômeno. Pretende-se também tratar como as diferentes políticas de saúde, especificamente no Sistema Único de Saúde, abordam o tema da violência contra a mulher. E, tomando como referência a pesquisa avaliativa desenvolvida nos serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual no Estado do Rio de Janeiro, analisar os avanços, limites e desafios colocados aos profissionais, gestores e serviços na implementação da Norma Técnica de “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes”.

## **Reconhecimento da violência contra a mulher no campo da saúde pública**

A violência contra a mulher, como uma das expressões da violência de gênero, vem sendo posta em pauta desde a década de 1970. Contudo, até a década de 1980 a política concernente a esta questão era quase inexistente. Foi nos anos de 1980 que os Movimentos Feministas ganharam mais força, propondo

lutas contra os diferentes tipos de violências contra a mulher.

No contexto internacional, diversos documentos da ONU e Relatórios de Desenvolvimento<sup>1</sup> demonstram a incorporação da perspectiva de gênero e da preocupação com a violência contra a mulher. O reconhecimento da violência contra a mulher como questão de interesse público, que requer o envolvimento de toda a sociedade para reduzir a sua incidência, tem possibilitado a criação de novos marcos legais nos âmbitos local e internacional.

A Constituição Brasileira, desde 1988, reconhece expressamente a igualdade entre homens e mulheres na esfera pública e nas relações familiares, bem como a obrigatoriedade do Estado de criar mecanismos para coibir a violência no âmbito da família.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994), ao tratar da violência de gênero focaliza a violência contra a mulher, entendendo-a como qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

Acompanhando os marcos internacionais, as atividades da Organização Mundial de Saúde (OMS) na área da violência contra a mulher foram iniciadas em 1995 no WHO Department of Women's Health and Development (WHD), precursor do Department of Gender, Women and Health da OMS. Essa iniciativa se centrou na prevenção da violência contra a mulher e no tratamento de suas conseqüências. As áreas prioritárias foram a violência contra a mulher nas famílias e a vio-

---

1 Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, 1993; Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 1994, Conferência de Cúpula para o Desenvolvimento Social, 1995; IV Conferência Mundial sobre Mulher, Desenvolvimento e Paz, 1995.

lência sexual. Em 1996, esse Departamento integrou o Grupo Especial da OMS sobre Violência e Saúde, cuja finalidade era coordenar as atividades na área da violência realizadas pelos diversos programas da OMS.

O objetivo das atividades da OMS quanto à violência contra a mulher foi identificar as estratégias eficazes para prevenir a violência, reduzir a morbidade e a mortalidade entre as vítimas femininas de maus tratos através de medidas variadas, dentre elas o apoio para formulação de políticas e protocolos adequados contra a violência por parte dos governos nacionais. Nos Planos de Ação Regional sobre Violência e Saúde da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) também são enfatizadas ações voltadas para a formulação de políticas de prevenção da violência contra a mulher.

Em 1998 o Ministério da Saúde criou a Câmara Temática sobre Violência Doméstica e Sexual com o objetivo de propor e acompanhar o desenvolvimento de políticas específicas sobre o problema, vinculadas à Área Técnica de Saúde da Mulher e subordinadas ao Comitê Nacional de Prevenção de Acidentes e Violência. A partir daí, também em 1998, foi publicada uma Norma Técnica denominada “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes” que vem sendo atualizada e utilizada como instrumento importante para o aprimoramento das ações de saúde.

O entendimento da violência contra a mulher, como reflexo das relações de gênero, também é uma das tendências da produção bibliográfica na década de 90, na área da saúde (GOMES, 2003). O conceito sociológico de gênero vem se definindo na crítica ao entendimento essencialista de que a condição de ser mulher ou homem está fixada na diferença sexual, mas

a representação dessa diferença no âmbito do imaginário e do desempenho social.

Diferentes pesquisas apontam a alta incidência da violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo<sup>2</sup> nas suas diferentes expressões (WHO, 2002). Tanto na esfera policial como nos serviços de saúde há uma sub-notificação desse fenômeno por causa do medo de represálias por parte dos habituais agressores: na maioria das vezes marido ou companheiro.

Em 48 pesquisas de base populacional realizadas no mundo, entre 10% e 69% das mulheres relataram ter sofrido ao menos algum episódio de violência física pelo parceiro durante a vida (SCHRAIBER *et al.*, 2007). Das 24.523 denúncias de violência registradas em 2008 na Central de Atendimento à Mulher da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), 63,2% foram perpetradas pelo cônjuge.

Dados do Instituto de Segurança Pública (ISP, 2011) apontam que as mulheres continuam sendo as maiores vítimas dos crimes de estupro (81,1%), ameaça (65,4%) e lesão corporal dolosa (62,9%), ocorrido em sua maioria no espaço doméstico e no âmbito das relações familiares.

É crescente o reconhecimento de que a violência contra as mulheres é uma preocupação legítima dos governos, pois constitui uma violação dos direitos humanos, um problema social e de saúde pública que vem alcançando magnitude (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO E SESC, 2011), complexidade e tem um impacto econômico importante nos países (BUVINIC; MORRISON; SHIFTER, 2000).

A atenção da saúde pública voltada para as violências

---

2 A literatura vem adotando a denominação *violência perpetrada por parceiro íntimo* no sentido de enfatizar o predomínio da violência praticada por marido ou parceiro íntimo, em que as vítimas estão envolvidas emocionalmente com quem as vitimiza e/ou dependem economicamente deles.

perpetradas contra as mulheres está relacionada, por um lado, ao potencial preventivo das ações de saúde, e, por outro, às conseqüências que este fenômeno acarreta à saúde da mulher. A violência perpetrada contra a mulher causa morte e incapacidade com maior prevalência entre as mulheres em idade reprodutiva (DREZZET, 2003); acontece nas diferentes etapas do ciclo de vida; anula a autonomia da mulher e mina seu potencial como pessoa e membro da sociedade. E, não menos importante, provoca repercussões intergeracionais.

São numerosas conseqüências que a violência perpetrada contra as mulheres acarreta à saúde da mulher, como lesões, dores de cabeça, abuso de drogas e/ou álcool, asma, síndrome de intestino irritável, desordem de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, desordens de alimentação, desordens de personalidade, desordem obsessivo-compulsiva.

Em relação à saúde sexual e reprodutiva, os efeitos da violência, capazes de produzir na mulher seqüelas físicas e psicológicas, também têm se tornado visíveis com a publicização do fenômeno. As mulheres atingidas ficam mais vulneráveis a outros tipos de violência, à gravidez indesejada, à alta paridade, à gravidez de repetição rápida, às complicações obstétricas, ao sexo inseguro, ao aborto, às doenças ginecológicas, aos distúrbios sexuais, à depressão, ao suicídio e às doenças sexualmente transmissíveis (DST).

A violência exerce grande impacto para a saúde da gestante, com conseqüências que podem, também, comprometer a gestação e o recém-nascido.

O índice de gestações decorrentes de violência sexual varia conforme os cenários, a faixa etária, o uso de contraceptivo, entre outras variáveis; todavia estima-se que oscile entre 1 e 5%. Mais da metade dos casos de violência sexual ocorre

durante o período reprodutivo da vida da mulher (DREZZET, 2003). O estudo de Garza-Aguiar e Días-Michel (1997), que procurou descrever as características da violência na Cidade do México, encontrou que 20% das mulheres em idade reprodutiva correm o risco de engravidar em decorrência da violência sexual. Resultados semelhantes foram encontrados por Jewkes *et al.* (2001), ao investigar os fatores associados com a gravidez entre adolescentes com atividade sexual em contexto urbano e peri-urbano na África do Sul.

Durante a gravidez, é relativamente comum a experiência da violência sexual, combinada ou não com outras formas de violência (FRYE, 2001; SABLE *et al.*, 1999). O período gestacional não mantém a mulher protegida de situações violentas. Estudo de coorte com mulheres cadastradas no Programa de Saúde da Família de Recife (SILVA *et al.*, 2011) estimou em 47,4% a prevalência de violência por parceiro íntimo antes, durante e/ou depois da gestação. As adolescentes grávidas são particularmente mais vulneráveis à violência, apresentando risco duas vezes maior de serem estupradas, se comparado ao risco das grávidas adultas (BRASIL, 2005a).

As mulheres que vivem com parceiros violentos, segundo Who (2002), passam por dificuldades para se proteger contra a gravidez indesejada, acarretando famílias mais numerosas. A violência sexual aparece associada à alta paridade, à gravidez de repetição rápida, também mencionada na literatura (JACOBY *et al.*, 1999; KISHOR; JOHNSONJ, 2004), pois este tipo de violência ou o temor dela influenciam na autonomia da mulher negociar o sexo seguro (incluindo o uso de preservativo) e o uso de contraceptivos. Desse modo, a violência sexual está relacionada com a mortalidade materna (CPI, 2001).

## **Políticas de saúde no enfrentamento à violência contra a mulher**

O reconhecimento da violência contra a mulher como questão de interesse público, que requer o envolvimento de toda a sociedade para reduzir a sua incidência, tem possibilitado, especialmente na última década, a criação de novos marcos legais e a implementação de programas e ações governamentais coordenadas envolvendo estados e municípios na prevenção e enfrentamento à violência doméstica e sexual.

Desde 2003, a SPM atua no enfrentamento à violência contra a mulher tendo por base a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, estruturada a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (SPM, 2003). Tal política se baseia nos princípios da integralidade do atendimento, na conscientização e capacitação dos agentes públicos, na ampliação do acesso a justiça e no apoio a projetos educativos e culturais.

Essa Política ampliou a abrangência para mais quatro linhas de atuação, além do apoio a serviços especializados: capacitação de agentes públicos para prevenção e atendimento; incentivo à articulação dos poderes públicos para constituição de atendimento multidisciplinar em rede; apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência; e ampliação do acesso das mulheres aos serviços de Justiça e à Segurança Pública (SPM, 2006).

Em 2007, foi lançado pelo governo federal o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, cuja construção partiu da concepção de que o enfrentamento a todas as formas de violência contra a mulher só será possível com a implementação de ações integradas, organizadas em

quatro áreas estruturantes: a) consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, incluindo a implementação da Lei Maria da Penha<sup>3</sup>; b) promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e enfrentamento à feminização da Aids e outras DST; c) combate à exploração sexual e ao tráfico de mulheres; e d) promoção dos direitos humanos das mulheres em situação de prisão (SPM, 2007).

O II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (SPM, 2008) propõe uma intervenção pública de caráter multisetorial que deve buscar, simultaneamente, desenvolver ações que: a) desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero; b) interfiram nos padrões sexistas/machistas ainda presentes na sociedade brasileira; c) promovam o empoderamento das mulheres; d) garantam um atendimento qualificado e humanizado àquelas em situação de violência. Logo, a noção de enfrentamento não se restringe apenas à questão do combate, mas compreende também as dimensões da prevenção, da assistência e da garantia de direitos das mulheres.

No que diz respeito à assistência às mulheres em situação de violência, o II PNPM, como instrumento que materializa a Política Nacional, deve garantir o atendimento humanizado e qualificado àquelas em situação de violência, por meio: a) da formação continuada de agentes públicos e comunitários; b) da criação, re-aparelhamento ou reforma de serviços especializados; c) da constituição/fortalecimento da Rede de Atendimento a partir da articulação dos governos – federal, estadual, municipal – e da sociedade civil para o estabelecimento

---

3 A sanção da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) foi importante conquista no combate a violência doméstica contra as mulheres, pois prevê medidas inéditas de proteção a mulher, assegurando direitos, estabelecendo procedimentos policiais e jurídicos e reafirmando a concepção de atendimento em rede. Além disso, propôs a criação de uma nova instância no Judiciário para julgar os crimes de violência contra a mulher: os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher.

de uma rede de parcerias para o enfrentamento da violência contra as mulheres, no sentido de garantir a integralidade do atendimento.

Os serviços de saúde, em sua maioria de natureza municipal, formam a Rede de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência sexual (SPM, 2011), com oferta de profilaxia (combate às DST/Aids), contracepção de emergência e atenção à interrupção da gravidez prevista em lei.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, como é o caso da violência doméstica e sexual. As ações dessa Política incluem: a) atenção clínico-ginecológica; b) assistência em planejamento familiar; c) atenção obstétrica e neonatal; e d) atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Além da preocupação com a violência institucional que pode traduzir-se no retardo ao atendimento, na falta de interesse das equipes em escutar e orientar as mulheres ou mesmo na discriminação explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas em relação às mulheres que sofreram um aborto, essa Política destaca a dificuldade de acesso das mulheres em situação de violência doméstica e sexual aos serviços de saúde.

As numerosas conseqüências que a violência sexual acarreta à saúde sexual e reprodutiva apontam para a necessidade de uma atenção diferenciada. Mas a mulher que é vítima, geralmente, enfrenta obstáculos para ter acesso a esta atenção. Mais que isso, os serviços de saúde frequentemente não identificam o problema da violência sexual, ainda que esta esteja na raiz de problemas que as mulheres apresentam aos serviços. De acordo

com Faúndes (2000), estima-se que 9 de cada 10, não chegam a apresentar queixa e guardam o segredo de sua vergonha para si mesmas ou compartilham apenas com alguma amiga que também oculta o fato.

Apesar da concentração dos serviços de saúde na atenção às mulheres em situação de violência sexual nas capitais e regiões metropolitanas, observa-se uma tendência de expansão. Em 1999, existiam 17 serviços hospitalares chegando a 2012 com 233 serviços (SPM, 2012).

Desse modo, ao promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, os gestores e executores dessa Política devem organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica; articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/Aids; e promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual.

O estabelecimento da notificação compulsória em caso de violência contra a mulher nos serviços de saúde (Lei nº 10.778/03) com a posterior criação do serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e a aprovação do instrumento e fluxo para notificação (Portaria do Ministério da Saúde nº 2.406 de 5/11/04) trazem o tema da violência contra a mulher para o campo da vigilância epidemiológica<sup>4</sup>. Esses instrumentos, se inseridos no contexto do atendimento às mulheres em situação de violência e adotadas pelos gestores, são fundamentais para dimensionar as situações de violência con-

---

4 A transversalidade alcançada com o II PNPM e o processo de implantação das notificações das violências contra a mulher no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) aproxima a temática da violência contra a mulher da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada em 2001, cujo propósito fundamental é a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população (BRASIL, 2002a).

tra a mulher, proteger os sujeitos envolvidos, monitorar as políticas públicas e favorecer a articulação de ações intersetoriais.

Essa gradativa incorporação da atenção às situações de violência doméstica e sexual também se estendeu a diferentes políticas. A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2005b) prevê a inclusão do tema da violência doméstica e sexual nas atividades educativas da atenção pré-natal e a garantia do atendimento de acordo com as normas técnicas na caracterização das intercorrências obstétricas e neonatais. O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal contém, em suas ações estratégicas, a necessidade de oferecer atenção às mulheres e recém-nascidos(as) negros(as), respeitando suas singularidades culturais e, sobretudo, atendendo para as especificidades no perfil de morbimortalidade. A discriminação e a exclusão aumentam na mulher negra sua susceptibilidade à violência.

No âmbito da Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (BRASIL, 2005a), as ações voltadas para as situações de violência sexual envolvem a distribuição da anticoncepção de emergência; a elaboração e distribuição de manuais técnicos e de cartilhas educativas; a inclusão como prioridade do tema da violência sexual e doméstica na capacitação de profissionais de saúde na atenção integral à saúde da mulher; e o convênio com municípios para a formação de redes integradas de atenção a mulheres e adolescentes vítimas de violência doméstica e sexual.

A sensibilização de gestores e profissionais para organização de serviços de referência e contra referência e de redes integradas para atenção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual faz parte das ações do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras

DST (BRASIL, 2007a). Esse Plano prevê o apoio técnico na elaboração de protocolos e fluxos de atenção integral para as redes e serviços especializados, além da implementação do processo de capacitação e treinamento dos profissionais atuantes nos serviços de prevenção e atenção integral para mulheres em situação de violência sexual e doméstica.

A violência sexual compreendida como uma variedade de atos ou tentativas de relação sexual sob coação ou fisicamente forçada no casamento ou em outros relacionamentos (WHO, 2002), é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes, considerada como uma pandemia (BRASIL, 2010). Uma das iniciativas que contribuiu para a regulação de padrões de atendimento à mulher vítima de violência sexual na rede pública de saúde através de uma norma técnica foi a criação do Fórum Interprofissional sobre Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual, em 1996, sob a coordenação do Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP). O objetivo desse Fórum tem sido a sensibilização e a capacitação de equipes para implantar ou ampliar a oferta de serviços de assistência especializada às mulheres vítimas de violência sexual.

## **Violência sexual contra a mulher e os serviços de saúde: avanços, limites e desafios**

A Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes” teve forte influência da atuação do Movimento de Mulheres e buscou organizar a atenção nos serviços públicos, normatizar o atendimento clínico, os cuidados médicos e de enfermagem, a coleta de material para identificação do agres-

sor, a anticoncepção de emergência e a prevenção de DST/Aids. Também regulou a realização dos exames laboratoriais, o fornecimento de medicação, o apoio psicológico e os procedimentos para interrupção da gravidez (BRASIL, 1999).

Pitanguy (2000) chama a atenção para o caráter pedagógico da Norma Técnica, tendo em vista seus efeitos sobre a prática médica, permitindo um novo “olhar” da medicina sobre as inter-relações entre gênero, violência e saúde.

A Norma Técnica (BRASIL, 1999) remete o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual para o contexto das maternidades, tendo em vista tanto a infraestrutura disponível quanto a relação que este tipo de instituição permite estabelecer com as mulheres, evitando-se o evasivo contexto das grandes emergências.

De acordo com essa Norma Técnica, o fluxo de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual deve ser estabelecido por hospitais de referência, por meio de um trabalho multiprofissional, de sensibilização das equipes e de seu treinamento numa perspectiva de garantia de direitos. No entanto, o nível de intervenção priorizado nesse dispositivo é de caráter terciário, portanto, voltado para a prática curativa, indispensável como resposta pronta a momentos autopercebidos de dor e de enfermidade.

A Norma Técnica é traduzida para os serviços de saúde dos diferentes municípios sob o formato de protocolo, ou seja, um plano escrito que define, para uma realidade específica, os procedimentos que devem ser seguidos para identificar e responder apropriadamente às vítimas de violência sexual.

A segunda versão da Norma Técnica (BRASIL, 2002b) produz importantes avanços nas seguintes áreas: a) anticoncepção de emergência, visto que o Ministério da Saúde revisou

cuidadosamente os protocolos de assistência, adotando metodologia anticonceptiva mais avançada e segura; b) proteção às DST e as hepatites virais, onde foram estabelecidos critérios de elegibilidade, estratégias de adesão e aconselhamento apropriado; e c) atenção ao abortamento previsto por lei, no qual foi reafirmado o seu oferecimento de forma segura e acessível, estabelecendo procedimentos e instrumentos adequados (DREZETT, 2005).

Já a terceira versão da Norma Técnica (BRASIL, 2010), além da atualização e detalhamento do conjunto de procedimentos, inclui a atenção ao autor da violência sexual, a atenção às violências sexuais em mulheres que fazem sexo com mulheres e a informação ampliada sobre as proteções legais. Fazem parte das proteções legais a Lei nº 12.015 de 07/08/09, que modifica o Código Penal, estabelecendo os crimes contra a dignidade sexual, aí incluídos os crimes contra a liberdade sexual e os crimes contra o vulnerável, e a Lei Maria da Penha.

As ações de atenção à saúde devem ser acessíveis a toda a população do município ou da região, cabendo às instituições assegurar cada etapa do atendimento, incluindo-se as medidas de emergência, o acompanhamento, a reabilitação e o tratamento dos eventuais impactos da violência sexual sobre a saúde física e mental da mulher. No entanto, a disponibilidade de profissionais e serviços, bem como a configuração da rede local de saúde, determina o acesso possível, que ocorre tanto por demanda espontânea diretamente nos serviços de saúde, em sua maioria emergências das maternidades ou grandes emergências, quanto através de encaminhamento de outros serviços da saúde ou das outras políticas públicas.

Um sistema eficaz de referência e contra-referência deve abranger os serviços de complexidade necessários, integrando

-os mediante informações sobre necessidades e demandas do caso. Em face do tipo de violência registrado, é importante garantir cuidado e diagnóstico clínico ao lado de outros encaminhamentos, de natureza psicológica, jurídica e social. Portanto, a construção do fluxo de atendimento deve supor a consolidação de uma rede integrada de atendimento envolvendo diferentes serviços das várias políticas públicas.

O acolhimento como elemento importante para a qualidade e a humanização da atenção. Por acolher entende-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à mulher em situação de violência sexual. O acolhimento pressupõe receber e escutar essas mulheres buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas.

A pesquisa avaliativa dos serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual no Estado do Rio de Janeiro, desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisas Públicas, Indicadores e Identidades da ESS/UFRJ no período de 2009 a 2011, analisou a incorporação dos parâmetros sugeridos na Norma Técnica (BRASIL, 2007b) pelos serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual situados em 19 municípios das 9 regiões do Estado do Rio de Janeiro (CAVALCANTI *et al.*, 2012). Essa iniciativa, pioneira no Estado do Rio de Janeiro, inseriu-se nos esforços de contribuir para melhorar as respostas dos serviços de saúde aos grupos beneficiários, corrigir os rumos e reorientar as estratégias de ação na atenção às mulheres em situação de violência sexual, como parte do processo de planejamento.

Essa pesquisa apontou que os profissionais consideram indispensável para um atendimento acolhedor o local reservado, preferência no atendimento, sigilo, escuta qualificada, em-

poderamento da mulher, orientações, atendimento à família, construção de vínculo com os profissionais, não discriminação, encaminhamento interno e externo.

O vínculo com os usuários do serviço de saúde também amplia a eficácia das ações de saúde (CAMPOS, 1997). Por outro lado, o acolhimento busca garantir o acesso aos usuários com o objetivo de promover uma escuta qualificada.

É desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos(as), psicólogos(as), enfermeiros(as) e assistentes sociais. Nessa pesquisa tanto profissionais quanto gestores destacaram o atendimento multiprofissional, incluindo, além dos profissionais previstos (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos) outras profissionais como nutricionistas, odontólogos, funcionários de laboratório e de recepção.

O acolhimento deve levar em conta os meios disponíveis para a efetiva solução das demandas postas pela população atendida. Segundo Ramos e Lima (2003), o acolhimento é um dos elementos fundamentais do atendimento, incide diretamente sobre o estado de saúde do usuário e da população como um todo, assim como pode favorecer ou prejudicar a organização dos serviços de saúde.

As capacitações dos recursos humanos envolvidos no atendimento às mulheres em situação de violência sexual tem sido uma das recomendações mais atendidas pelos diferentes municípios, seja no formato de cursos, seminários de capacitação ou treinamentos (SESDEC-RJ/UFRJ, 2010). Essas capacitações têm sido realizadas com apoio do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, universidades, institutos de pesquisa e organizações não governamentais. Observa-se que as capacitações vêm incluindo temas relacionados à organização do atendimento e ultrapassam os limites da

área da saúde, tanto em termos de conteúdo quanto do público capacitado, incluindo profissionais de outras políticas públicas. Observa-se também uma busca dos profissionais de saúde por cursos de extensão e pós-graduação na área da violência, o que pode significar tanto o envolvimento com a temática como a necessidade de promover uma assistência mais adequada.

Um dos conteúdos demandados pelos profissionais refere-se à avaliação de risco, freqüentemente confundida com a classificação de risco adotada no contexto das emergências ou utilizada para avaliação do comportamento feminino, imputando a este a responsabilidade pelo ato violento.

A avaliação de risco deverá ser feita junto com a usuária. É preciso identificar as situações de maior vulnerabilidade, a fim de elaborar estratégias preventivas de atuação. Nos casos de famílias em situação de violência, deve-se observar a história da pessoa agredida, o histórico de violência na família e a descrição dos atos de violência. A equipe de saúde deve avaliar os riscos de repetição ou agravamento, visando à prevenção de novos episódios.

Um desafio a ser enfrentado especialmente pelos gestores consiste na supervisão dos serviços e no suporte para a equipe de saúde. Há que se promover, sistematicamente, oficinas, grupos de discussão, ou outras atividades que permitam trocar experiências e percepções, discutir preconceitos, explorar os sentimentos de cada um em relação a temas com os quais lidam diariamente em serviço. Ao lidar com situações de violência, cada profissional experimenta sentimentos e emoções que precisam ser reconhecidos e trabalhados em função da qualidade do atendimento e bem-estar do profissional envolvido. É importante também desenvolver uma sistemática de auto-avaliação da equipe, sem deixar de considerar o limite da atuação de cada profissional (BRASIL, 2010).

A necessidade de um tratamento diferenciado aos profissionais que em serviços de atendimento à violência é apontada por Freitas *et al.* (2007). As situações vivenciadas por esses profissionais podem gerar uma sobrecarga física e psíquica nos profissionais, podendo implicar em danos a sua saúde e levar a um aumento no número de licenças. Nesse sentido, os serviços de saúde devem garantir a realização de atividades que proporcionem especial atenção à saúde mental dos seus profissionais.

A atuação frente à gravidez decorrente de violência sexual, considerada uma segunda violência, é um dos aspectos ainda de difícil enfrentamento. A prevenção da gravidez não desejada, do abortamento e de suas conseqüências, deve se constituir elementos de alta prioridade para os profissionais de saúde.

A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual, bem como a adolescente e seus representantes legais, devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. Da mesma forma e com mesma ênfase, devem ser esclarecidas do direito e da possibilidade de manterem a gestação até o término, garantindo-se as mesmas o acesso ao pré-natal, bem como informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem a escolha entre permanecer com a criança e inseri-la na família, ou proceder com os mecanismos legais de doação.

A anticoncepção de emergência (AE) pode prevenir a gravidez forçada e indesejada utilizando compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo. Os gestores de saúde têm a responsabilidade de garantir a disponibilidade e o acesso adequado a AE. De acordo com a Norma Técnica (BRASIL, 2010), a AE deve ser realizada quanto antes pos-

sível, dentro do limite de cinco dias da violência sexual. A eficácia na oferta da AE pode reduzir a realização do aborto previsto em lei.

Apesar disso e do recente crescimento no número de serviços de aborto legal em nível nacional, observa-se ainda a resistência de profissionais e gestores na implementação desses serviços, que dependem em grande parte do treinamento e da estabilidade dos integrantes das equipes para seu funcionamento.

Essa resistência está associada à falta de informação dos profissionais e gestores e à criminalização do aborto, podendo indicar uma relativa interferência das vivências religiosas tanto dos profissionais quanto dos gestores nas práticas cotidianas (OLIVEIRA *et al.*, 2005; CAVALCANTI *et al.*, 2012). A vivência religiosa não deve servir para orientar as práticas profissionais no âmbito das políticas públicas. Se e quando isso acontece, há um prejuízo para sua saúde e uma violação dos direitos humanos, sem os quais não existe a realização da cidadania.

É garantido ao(à) médico(a) a objeção de consciência e o direito de recusa em realizar o abortamento em casos de gravidez resultante de violência sexual. No entanto, cabe ao Estado garantir a atenção ao abortamento por outro(a) profissional da instituição ou de outro serviço. Caso a mulher venha sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica, em decorrência da omissão, poderá recorrer à responsabilização pessoal e/ou institucional.

A Portaria MS/GM nº 1.508, do Ministério da Saúde, de 01/09/05, estabelece os Procedimentos de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esses procedimentos devem ser adotados pelos serviços de saúde para a realização do abortamento em situações de violência sexual, e incluem cinco

diferentes termos (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Responsabilidade, Termo de Relato Circunstanciado, Parecer Técnico e Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez).

A realização do abortamento não se condiciona à decisão judicial que sentencie e decida se ocorreu estupro ou violência sexual. A lei penal brasileira também não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento em casos de gravidez decorrente de violência sexual.

## **Considerações Finais**

O tema da violência sexual vem, por um lado, alcançando a visibilidade necessária na formulação da política pública de saúde, e por outro, deparando-se no âmbito do planejamento e organização dos serviços de saúde com a complexidade ainda não dimensionada de culturas institucionais distintas, programas diferenciados e atores sociais variados.

A limitada abordagem sobre o tema da violência contra a mulher durante a graduação das profissões de saúde contribui para a invisibilidade da demanda e para a assistência nem sempre adequada. Nesse sentido, cabe destacar a importância da inclusão do tema na formação profissional e o estímulo ao desenvolvimento de pesquisas e projetos de extensão em parceria com as universidades no âmbito dos serviços.

A incorporação diferenciada dos parâmetros sugeridos pela Norma Técnica (BRASIL, 2010) decorre da trajetória de consolidação dos serviços, da inserção diversificada dos profissionais e gestores, na qual o processo de qualificação pode contribuir para ampliação e qualidade dos serviços prestados (CAVALCANTI *et al.*, 2012).

É necessário um esforço permanente de promover a integração e articulação dos serviços e instituições de atendimento às mulheres em situação de violência, por meio da implantação e fortalecimento da rede de atendimento às mulheres em situação de violência, com fluxo orgânico institucionalizado e um compartilhamento de informações para o atendimento qualificado das situações de violência sexual contra a mulher.

Inexiste ainda uma avaliação abrangente e sistemática acerca da atenção às mulheres em situação de violência sexual. Em virtude da magnitude e do impacto da violência sexual, sua atenção requer ações eficazes e capazes de modificar favoravelmente a realidade vivida pela população feminina. A avaliação dos resultados e do impacto das ações realizadas requer um esforço rigoroso e permanente no desenvolvimento de definições, ferramentas, estratégias e parcerias visando à criação de uma cultura avaliativa capaz de interferir na resposta oferecida pelos serviços.

## **Referências**

BRASIL. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes** – Normas técnicas. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**: norma técnica. 2. revisão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos:** uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes:** norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes** – Normas técnicas. 3 revisão. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BUVINIC, M.; MORRISON, A. R.; SHIFTER, M. Violência nas Américas: um plano de ação. In: MORRISON, A. R.; BIEHL, M. L. (Orgs). **A família ameaçada:** violência doméstica nas Américas. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. p. 19-48.

CAVALCANTI, L.F. *et al.* Atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro. **O Social em Questão. Violências e Garantia de Direitos**, v. 18, n. 2, p. 99-124, 2012.

COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO - CPI. **Relatório da Mortalidade Materna.** Brasília: Comissão Parlamentar de Inquérito, 2001.

DREZETT, J. **Contracepção de emergência e violência sexual.** Disponível em <<http://www.ipas.org.br/arquivos/jefferson/CLAE.doc>>. Acesso em 21 mar 2003.

DREZETT, J. **Principais Conteúdos da Revisão da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual. Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva.** Informativo Eletrônico de Ipas Brasil. Edição Especial: normas técnicas. Rio de Janeiro, n.17, 2005. Disponível em < <http://www.ipas.org.br/revista/maio05.html#dois>> Acesso em 25 mai 2005.

FAUNDES, A. Assistência integral à mulher vítima de violência sexual. **Jornal da Febrasgo**, Rio de Janeiro, v.4, p.4-5, 2000.

FREITAS, F. C.; LIMA, M. G.; DYTZ, J. L. Atendimento à mulher vítima de violência sexual no Programa Violeta, Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**, Distrito Federal, v.18, n.3, p. 185-196, 2007.

FRYE, V. Examining homicides's contribution to pregnancy-associated deaths. **The Journal of the American Medical Association**, n.285, p. 1510-1511, 2001.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO & SESC. **Pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado.** Disponível em <[www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf](http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf)>. Acesso em 01 mai 2011.

GARZA-AGUIAR, J.; DÍAS-MICHEL, E. Elementos para el estudio de la violación sexual. **Salud Pública de México**, n. 39, p. 539-545, 1997.

GOMES, R. A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Orgs). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 199-222.

INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA - ISP. **Dossiê 2011 (ano base 2010).** Série Estudos 2. 6. ed. Rio de Janeiro: ISP, 2011.

JACOBY, M.; GORENFLO, D.; BLACK, E. et al. Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents. **American Journal of Preventive Medicine**, n.16, p.318-321, 1999.

JEWKES, R.; VUNDULE, C.; MAFORAH, F. et al. Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa. **Social Science and Medicine**, n.52, p.733-744, 2001.

KISHOR, S.; JOHNSON, K. **Profiling Domestic Violence – A Multi-Country Study**. Maryland: ORC Macro, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OLIVEIRA, E.M.; BARBOSA, R.M.; MOURA, A.A.V.M. et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p.376-82, 2005.

PITANGUY, J. Normas técnicas da violência sexual. **Carta da Cepia**, Rio de Janeiro, n.8, p.4, 2000.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.27-34, 2003.

SABLE, M.R.; FIEBERG, J.R.; MARTIN, S.L. et al. Violence victimization experiences of pregnant prisoners. **American Journal of Orthopsychiatry**, n.69, p. 392-397, 1999.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA-JUNIOR, I. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.5, p.797-807, 2007.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (SPM). **Enfrentamento à violência contra a mulher**. Balanço de ações 2006 – 2007. Brasília: SPM, 2007. 61 p.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (SPM). **II Plano Nacional de Políticas para as mulheres**. Brasília: SPM, 2008. 236 p.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (SPM). **Memória 2003-2006**. Brasília: SPM, 2006. 119 p.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (SPM). **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: SPM, 2011.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (SPM). **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher** – Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília: SPM, 2003.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (SPM). **Serviços de Saúde Especializados para o Atendimento dos Casos de Violência Contra a Mulher**. Disponível em <<https://sistema3.planalto.gov.br//spmu/atendimento/busca>>. Acesso em 13 out 2012.

SESDEC-RJ/UFRJ. Mapeamento estadual dos serviços de atendimento às pessoas em situação de violência doméstica e sexual do Rio de Janeiro. In: Seminário Estadual de Políticas Públicas e a Construção de Redes de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Doméstica e Sexual, 2010, Rio de Janeiro.

SILVA, E.P.; LUDERMIR, A.B.; ARAÚJO, T.V.B. et al. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.7, p.1044-53, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

# A periculosidade e a violência do sujeito em sofrimento psíquico durante situação de crise

Adriano Rodrigues de Souza

Ricardo José Soares Pontes

## Introdução

A concepção de sofrimento psíquico vem sendo encarada de diversas formas ao longo da história, sempre acompanhada por padrões culturais, sociais e político de cada época. Neste sentido, caracteriza-se como sofrimento psíquico a dificuldade de operar planos e por definir o sentido da vida, aliado ao sentimento de impotência e de vazio, o eu experimentado como coisa alheia (SAMPALHO, 1993).

O sofrimento psíquico geralmente é uma experiência negativa complexa, associado, geralmente, à dor e à infelicidade. Historicamente tem se apresentado como um fenômeno social que teve como modelo de atenção o internamento (FOUCAULT, 2009).

O constituir desses espaços instituiu a *Grande Internação*, em que se encarceraram indivíduos marginalizados, pervertidos, miseráveis, delinquentes e, entre estes, os loucos em crise (FOUCAULT, 2009). A instituição desses espaços de coação teve como delimitantes às situações de crise que se apresentavam nas formas mais variadas possíveis: violências do furor, culpabilidade, isolamento social, deterioração do funcionamento social, comportamento estranho, deterioração do trato pessoal e higiene, embotamento afetivo ou afeto inapropriado (CARVALHO; COSTA, 2008).

A crise pode ser compreendida como no modelo clássico da psiquiatria que a classifica como uma situação na qual há uma grave disfunção, e ocorre exclusivamente em decorrência da doença; ou, como no modelo psicossocial, onde é concebida como a expressão de uma crise existencial, social e familiar, que envolve a capacidade subjetiva do sujeito em responder a situações desencadeantes (AMARANTE, 2007). Neste estudo, ela será compreendida como um momento individual, no qual surgem questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis singulares, que afetam em graus diversos a vida cotidiana do indivíduo e daqueles de seu convívio, e costumam ser determinante das demandas e intervenções em serviços de Saúde Mental (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

Uma pessoa em crise, geralmente, precisa de ajuda e, em alguns casos, esta deve ser imediata (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007) visto que as crises tornam o indivíduo suscetível ao adoecimento psíquico, podendo desencadear atos violento.

A possibilidade destes atos de violência se concretizarem fez emergir o problema central deste estudo: Como o familiar do sujeito em sofrimento psíquico experiência as situações de crise no seu cotidiano? Que atos violentos se manifestam no momento destas situações de crise? Como se dá o cuidado diante da situação de crise psíquica violenta? A partir dessas informações descritas, nos interessamos em conhecer e identificar os principais atos de violência ocorrido durante as situações de crise psíquica.

A partir dos relatos dos familiares repletos de dramaticidade, propiciar o rompimento do silêncio sobre essa situação existencial de sofrimento dos sujeitos em situação de crise, possibilita a reflexão para a possibilidade do redirecionamento das políticas de saúde mental no enfrentamento da questão, além de denunciar a relevância social do problema.

## Método

Estudo qualitativo que utilizou a história oral temática como método de apreensão das narrativas. A história oral temática se apresenta com caráter social e conceitual, centrado no testemunho e na abordagem de um recorte temático, admitindo e utilizando questionários que promovam as discussões específicas sobre um assunto específico (MEIHY; HOLANDA, 2010).

O caráter eminentemente social, centrado em um único foco, desenvolvido pela história oral temática, possibilitou o confronto entre as histórias de crise e os atos violentos vivenciado pelo familiar. Esta centralização possibilitou esclarecer as nuances da vida de um sujeito em sofrimento psíquico em situação de crise e de seus familiares, identificando as limitações produzidas pela doença e as dificuldades encontradas na busca pelo tratamento (FERREIRA; AMADO, 2006).

O campo empírico do estudo foi município de Fortaleza, centrado na Rede de Atenção em Saúde Mental (RASM), tendo como foco de identificação dos sujeitos as chamadas ao Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A sede do município segue uma divisão regionalizada, sendo seis Secretarias Executivas Regionais (SER), que congregam 117 bairros onde residem 2.447.409 habitantes (OLIVEIRA, 2011).

A área da saúde é composta de 4.156 unidades, sendo 823 (18,8%) clínicas especializadas, 104 (2,4%) unidades básicas de saúde e 47 (1,1%) hospitais especializados, destes últimos, cinco são especializados em tratamentos psiquiátricos (BRASIL, 2012). A Rede de Atenção em Saúde Mental do município encontra-se integrada ao Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza e conta com os seguintes aparatos as-

sistenciais: 14 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), duas Residências Terapêuticas, duas emergências psiquiátricas especializadas, cinco hospitais psiquiátricos, nove emergências clínicas, três ocas comunitárias, 16 equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental e uma unidade básica do serviço móvel de atendimento às urgências e emergências (SAMU) em saúde mental (FORTALEZA, 2012).

Os sujeitos da pesquisa foram duas mães de sujeito em sofrimento psíquico identificados junto ao serviço de urgência psiquiátrica do SAMU, que foram identificadas por Geia e Atena, como forma de preservar suas identidades. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevistas agendadas previamente, no período de março a setembro de 2012 em espaço privado e cômodo, proporcionando, assim, a privacidade e confidencialidade das informações.

Com posse das narrativas, foi realizada a *transcrição* literal das narrativas tais como foram gravadas. Na segunda etapa fizemos o que Meihy e Holanda (2010), chamam de *textualização*, ou seja, organização da narrativa, suprimindo as perguntas e dando-lhe um sentido. Na terceira etapa, a *transcrição*, redigir as narrativas com pequenas interferências do autor como forma de organizar um sentido ao texto.

A compreensão das experiências que se deu a partir do referencial metodológico de Ricoeur (1989), que considera a compreensão como uma ordenação do enunciado narrativo e quando esta estrutura organizacional não se estabelece, não é possível compreender a narrativa, requerendo uma explicação. A compreensão profunda das experiências desvelou os núcleos de sentidos: as interfaces da violência durante as situações de crise psíquica, o porvir após as situações de crise.

## Resultados

### *As interfaces da violência durante as situações de crise psíquica*

Compreender a forma como se manifesta as situações de crise e como se instalam os atos de violência durante o sofrimento psíquico de cada indivíduo, ajuda a iluminar as situações de crise e violência pelas quais passam os familiares e os sujeitos em sofrimento psíquico.

O processo de instalação do sofrimento psíquico é marcado por multicausalidade durante a vida, desta forma, o processo saúde-doença está atrelado à forma como o ser humano lida com suas amarguras, angústias e temores.

A primeira crise dele foi porque, ele estava bêbado... Ele foi pra essa pracinha...o cara... roubou... um depósito, aí veio com um “bocado” de papel... de contracheque num sei o que é, aí botaram em cima dele, sabe...Aí a polícia veio e prendeu-o, como ladrão. Aí foi que ele enlouqueceu mesmo, ele pirou de uma vez, que não teve mais cura. Aí só sei que...ele se internou, passou mais de um mês internado. Aí pronto,...daí para cá ele ficou nas crises direto (ATENA).

A narrativa representa a angústia vivenciada pelo sujeito e sua família com a instalação da doença, que foi consequência da alteração do quadro psíquico e da transformação ocorrida no bem estar pessoal do sujeito.

O sofrimento psíquico pode ocasionar diversos fatores para a instalação do estado patológico e o não acompanhamento correto resulta no processo de desequilíbrio, que não ocorre

imediatamente, mas é resultante da somatória de momentos difíceis não solucionados, frustrações, desencantos e desesperança. Às vezes o estado de crise é resultante de conflitos existentes no contexto familiar, motivado pela imposição da família em controlar o sujeito, por acreditar que ele não tem condições de gerir sua própria vida ou por exigências e caprichos deste sujeito.

a maior dificuldade é conter ele... como conter se ele é um rapaz e eu ainda sou uma pessoa frágil, pequena, eu não consigo... (GÉIA).

E quando ele esta em crise ele fica muito revoltado, tudo ele fala, tudo ele reclama, ele reclama de tudo. Por exemplo, a minha filha, ele não gosta da filha da minha filha, ele não gosta do esposo da minha filha. Então ele fica rejeitando as pessoas, entendeu? Aí fica difícil, a convivência de casa (ATENA).

Na família que existe um sujeito em sofrimento psíquico estes conflitos ficam mais proeminentes, devido cada pessoa forma sua própria percepção com relação ao problema de saúde que seu ente apresenta. Ao não gerenciar os focos de conflito e a não imposição de limites aos desejos do sujeito com sofrimento psíquico faz com que se instale o estado de crise que geralmente é marcada por atos violentos e por fatos que põem em risco de vida o sujeito e seus familiares.

É muito difícil, sabe por quê? Porque tem uns que entende e tem outros que não entende. Uns diz que é “sem-vergonhi-

ce”, outros diz que eu só “puno” por ele, não é. É porque a gente vê a necessidade, porque a pessoa que é doente mental, a gente conhece só no conversar com ela? (ATENA).

...assim que o meu outro filho nasceu ele já foi pra casa da tia dele por parte de pai, por que assim que ele chegou em casa o J. se jogou dentro do berço dele, que não queria deixar o menino ficar dentro do berço, puxou a perninha dele, ele tinha só três dias de nascido, e eu morria de medo, por que ele queria colocar o bebê dentro de um caminhão de plástico que ele tinha e disse que o neném era dele... ele já conseguia machucar o recém nascido, quando ele deu esse puxão no pezinho o bebê chorou... (GÉIA).

O relato de Atena demonstra isso com clareza, quando afirma que os demais familiares a acusam de punir só porque seu filho é doente. Ela se justifica afirmando que *é porque a gente vê a necessidade, porque a pessoa que é doente mental, a gente conhece...* Esta “super proteção” tende a ampliar os conflitos entre seus familiares e potencializar os desejos do filho com sofrimento psíquico, que passa a exigir com mais vigor, revolta e violência. Na descrição de seu sofrimento, Géia, relata a necessidade de ter que se afastar de seu segundo filho, pois as crise de seu filho mais velho não permitiram o convívio dos filhos na mesma casa.

Infelizmente, estes atos violentos são direcionados aos familiares mais próximos. A presença destes atos violentos só corrobora na idéia que todo doente mental é violento e agressivo, no entanto, as agressividades se instalam após horas, dias

e até meses sem uma assistência ideal durante a instalação das crises. Não queremos aqui, descartar que o sujeito em sofrimento psíquico no estado de crise não apresente um risco aumentado à violência, no entanto é o discurso em torno da crise psíquica – devido ao risco de atos violento – que despertará na sociedade o sentimento de medo e trará para o cenário social a noção de periculosidade (WILLRICH *et al.*, 2011).

...conseguir chegar em casa com ele... quando...ele foi arrancar os galho... bateu na minha mão aqui que arrancou um pouco a pele do meu braço...quando ele chegou em casa ele estava muito agressivo, muito agressivo, e ele me chutou, chutou meu joelho, ficou arrancando meu cabelo, puxando meu cabelo, aí eu resolvi desistir, desistir de ficar perto dele, porque eu vi que ele ia me machucar... [quando] eu desço as escadas... ele pega a cômoda e tenta arremessar a cômoda escada a baixo, pra vê se a cômoda pegava em mim (GÉIA).

É difícil. Ninguém dorme de noite, porque ele passa a noite todinha é, querendo derubar as coisas, quebrando as coisas, vendo visão, vendo, ouvindo voz. E faca é tudo escondido, garfo é escondido, nada aqui de arma a gente deixa assim, pau ninguém pode deixar por perto nem nada porque é perigoso, muito perigoso (ATENA).

Mas esta violência só se instalará se nada for feito para conter e controlar o estado de crise que este sujeito se encontra, quando se institui uma comunicação e uma escuta terapêutica a este sujeito reduz- se os riscos de sequestro da liberdade do mesmo.

Um sujeito em situação de crise deve receber um atendimento imediato, sendo direcionado a ele uma atenção redobrada que estabeleça um vínculo e um diálogo terapêutico. Em alguns casos os atos violentos já se apresentam na primeira situação de crise requerendo um atendimento mais estruturado e adequado para a contenção desta situação. Infelizmente, a condição mental que apresentam neste momento inviabiliza o discernimento entre certo e errado, portanto, uma assistência adequada pode prevenir que eles se tornem objeto ou agentes de atos violentos.

Porque ele quebrou um jarro de cimento enorme, ele destruiu todas as plantas, ele arrancou tudo com os dentes, às mãos... usando toda a força mesmo. E eu não sabia como fazer para ele parar...então, conseguir com muito custo... ele sair... e levá-lo para casa... na terça feira ele também tentou fugir de casa e também destruiu alguns objetos em casa. Rasgou roupa, rasgando a camisa de malha dele e tudo mais, mesmo assim a gente ainda conseguiu que ele fosse (GÉIA).

...ele não tem nenhum documento porque ele rasga, quando ele está assim ele rasga tudo. Antes dele vim para o hospital ele rasgou a roupa dele todinha, ele não tem uma roupa mais, ele só está com a roupa do corpo lá, ainda bem que lá não precisa levar roupa porque dão lá, mas eu tenho que comprar roupa para ele porque quando ele vier ele tem que ter roupas (ATENA).

É muito difícil, porque é complicado, porque às vezes a gente está sozinha em casa, ele quebra as coisas dentro de casa... Eu não tenho mais nada, porque ele quebra tudo. Quebrou televisão, quebrou som,... quebrou porta. Esse portão aqui, já é bem o 3º portão que eu boto, ele... quebra, “es-culhamba” tudo (ATENA).

Um ponto em comum nas crises dos filhos de Geia e Atena é o instinto de destruição que se instala no momento das crises. Também são registrados atos de agressividade, geralmente, direcionados aos familiares. Estes atos as vezes extrapolam a família nuclear e atinge a sua rede social, ocasionando transtornos entre sua família e os vizinhos.

Outro fato importante é que a grande sobrecarga do cuidado do ente com sofrimento psíquico fica a cargo das mães, por esse motivo é que as narrativas foram realizadas com elas. Esta sobrecarga tende ocasionar sofrimento físico e psíquico as mães, que geralmente, assumem atitudes que são incompreendidas pelos demais familiares, motivando os conflitos. Investigações junto às famílias identificam que o modelo assistencial implantado no Brasil significa mais uma “simples devolução” do enfermo a elas, pois as mesmas não dispõem de condições para compreender e lidar com as condutas de seu parente. E a tarefa árdua de cuidar dos sujeitos desospitalizados fica na responsabilidade das mulheres (GONÇALVES; SENA, 2001; CAVALHERI, 2010).

As situações de crise quando não controlada tendem a desenvolver situações de emergência que se caracterizam por situações de risco significativo (vida ou injúria grave), para o sujeito ou para outros, necessitando de uma intervenção terapêutica imediata. A ausência em Fortaleza de uma rede de

assistência voltada a situações emergenciais contribui para que os quadros clínicos das crises psíquicas se agravem. Hoje, Fortaleza conta apenas com uma emergência psiquiátrica a nível hospitalar, a qual funciona no Hospital de saúde mental de Messejana (HSMSM) e encontra-se em implantação um CAPS tipo III, que está disponibilizando vagas para atender sujeitos em situação de crise (FORTALEZA, 2012).

A escassez deste serviço contribui para potencializar a violência nas crises psíquicas. Os relatos confirmam o sofrimento vivenciado por essas famílias com a violência de seus familiares quando estão em crise. Atena faz uma descrição emocionada da situação de risco que os familiares vivem quando tem um familiar com sofrimento psíquico

...só quem conviver com louco é que sabe... do tamanho do perigo que está correndo com aquela pessoa... principalmente ele, porque ele muda de repente, ele tá aqui bonzinho e de repente ele dá aquele surto... tem que está de olho 24h nele, porque é perigoso. Este rapaz que está aí ele já quis matar ele, nós estávamos aqui lá vem ele correndo lá de dentro com a faca na mão, eu vou matar ele, vou matar ele... é um perigo, é muito perigoso. Tem que está tudo escondido, se ele pegar uma faca e der um surto nele ali mesmo ele mata um, porque ele não sabe nem o que esta fazendo, porque é de repente... a mente dele muda de repente (ATENA).

Este relato além de ser emocionante, é preocupante, pois depende de uma rede de assistência precária e quase ineficiente nestas situações. Já que a rede de saúde mental de Fortaleza

disponibiliza apenas uma ambulância voltada para atender estas situações, por esse motivo, as famílias ficam em completa desassistência.

Quando consegue essa assistência, percebemos que a porta de entrada da rede de saúde mental de Fortaleza encontra-se invertida, pois, os sujeitos estão adentrando-a a partir de serviços secundários de assistência, como o SAMU, enquanto que o ideal seria que a rede primária de saúde constituiu-se como porta de entrada. Mesmo o SAMU sendo o serviço de primeira escolha para assistir as situações de crise psíquicas, isso não garante que os familiares achem ou concordem com a forma de assistência disponibilizada por eles. São unânimes as reclamações quanto ao tempo de resposta das chamadas por parte do SAMU.

...demorou 4 horas. Como é apenas uma ambulância... que é um caso até de denúncia, como pode uma cidade como Fortaleza com mais de dois milhões de habitantes ter apenas uma ambulância psiquiátrica então a espera é enorme. Se um sujeito em crise matar uma pessoa... quando a ambulância chegar vai esta só o cadáver, não vai mais dá tempo de fazer nada, porque eu chamei a ambulância, a ambulância uma hora e eles chegaram as quatro e meia da tarde, quatro horas depois que eu chamei... fomos com ele para Messejana... (GÉIA).

Mesmo após ser atendido, isso não é suficiente para proporcionar uma assistência eficiente a esta situação. Aprendemos com os relatos que a forma de assistência disponibilizada pelos profissionais do SAMU ao sujeito em situação de crise é de completo despreparo.

...o amarram e colocam dentro do carro e leva ele para tomar medicamento (ATENA).

...não é possível uma pessoa esperar quatro, cinco, seis horas por um atendimento. O atendimento é prejudicado pela falta de ambulância (GÉIA).

Percebemos que a assistência prestada pelo SAMU junto aos sujeitos em situação de crise esta recheada de contradições, seja pela necessidade de agregar conceitos de assistência que garantam os preceitos da reforma psiquiátrica, seja pela deficiência na operacionalização e atendimentos das chamadas ou ainda, pelo não direcionamento de uma assistência que considerem um protocolo de conduta.

Outra violência registrada ocorre na assistência hospitalar, mesmo não sendo a assistência hospitalar nosso objetivo, não fazer menção deste fato, no entanto, é obscurecer ainda mais o sofrimento vivenciado por familiares e sujeitos na busca por uma assistência de qualidade e resolutive. Geia relata que teve uma espera grande,

... tive que dormir no chão, muita humilhação às pessoas tem que dormir no chão, inclusive uma pessoa lá dos funcionários molhou o chão sabendo que as pessoas estavam dormindo no chão. Eles não têm um pingão de respeito pelas pessoas, às pessoas estão ali humilhadas, realmente necessitando daquele atendimento, se submetem a essa coisa degradante, de ficar no frio, no chão sujo, tem que se submeter ou então ficar a noite inteira sentada numa cadeira até de manhã.

A ausência de uma estrutura mínima de ordem física, de recursos materiais, medicamentosos e de uma equipe preparada para lidar com a situação de crise tende a provocar estas situações.

### *O porvir na visão do familiar e do sujeito em crise*

Garantir o acesso de qualidade ao cuidado em saúde mental é, seguramente, o primeiro problema que a família do sujeito mental busca como uma perspectiva para o futuro. Infelizmente, não depende deles a estruturação de uma rede de cuidados, mas, seguramente, são as maiores vítimas da ausência dela. Só quando for implantado uma rede de saúde mental que garanta uma atenção de qualidade ao sujeito em sofrimento psíquico é que seus familiares poderão sonhar ou vivenciar uma melhor qualidade de vida com seu familiar em sofrimento psíquico.

...ver meu filho bem, eu queria ter uma vida digamos quase normal porque é difícil você dizer vida normal com uma pessoa com transtorno... uma vida próximo a vida que as outras pessoas tem, eu não tenho essa vida, eu durmo no chão porque ele não deixa eu ter uma cama... eu vejo pouca esperança, do jeito que está hoje... (GÉIA).

O sofrimento encontra-se presente no contexto familiar de Geia e de milhões de lares brasileiros que tem um sujeito mental sem assistência adequada. Geia também observa que o futuro guarda dias mais temerosos no tratamento de seu filho,

pois eu agora posso tá com ele no hospital porque ele é menor de idade e quando ele ficar de maior eu vou ser obrigada a dei-

xá-lo sozinho... vou ser obrigada a ver ele apanhar dos outros, acontecer uma coisa de ruim com ele, até um estupro de um sujeito com outro que acontece isso infelizmente...

Atena demonstra que a ausência de uma figura masculina faz falta no momento de cuidar do filho:

é mais difícil porque eu não tenho marido, porque se eu tivesse um homem que me ajudasse nesta caminhada, um marido, um esposo, mas não tenho. O pai dele e nada é uma coisa só...é um pai que não tem amor por ele, manda eu botar ele no meio da rua...isso é coisa de pai? ... Lugar de doido é no hospital, o que ele diz é isso com o filho, no lugar de ajudar só atrapalha cada vez mais...

O convívio com a doença psiquiátrica é muito difícil, desgastante e cansativo para o grupo familiar e agrava-se quando este cuidado centra-se em uma única pessoa, pois torna-a vulnerável a manifestações de ordem física, emocional e econômica. Outra constatação no cuidar no contexto familiar é que a maioria dos cuidadores é do sexo feminino, somente na ausência destas é que um familiar do sexo masculino assume esta atividade (CAVALHERI, 2010).

Em meio a toda esta dificuldade de assistir o sujeito em sofrimento psíquico surgem as sugestões e desejos de um serviço que proporcione uma assistência digna a esta população e que possibilitasse a sua ressocialização e a socialização de seu familiar. As sugestões que serão analisadas saíram neste discurso, não que a outra narradora não os fez, mas ela conseguiu sintetizar os desejos e ânsias de ambas.

Primeiramente, Geia recorrer ao Estado, estado como instância política e não governamental, para sugerir a constituição da figura do cuidador, ela comenta:

então já pensou se o estado... pagasse um cuidador... para que você pudesse ter mais esse suporte domiciliar... seria muito melhor, a gente não precisaria esta internando a pessoa o tempo todo, a gente poderia cuidar da pessoa em casa, se houvesse um cuidador, alguém que fosse, ficasse na sua casa, por um determinado período... te ajudando.

Retorna aqui nesta sugestão o desejo da família de continuar cuidando de seu ente, ela afirma que preferi manter o familiar em casa que interná-lo e daí vem a alusão ao cuidador domiciliar. Nesta mesma linha domiciliar Geia, propõe a intensificação das visitas domiciliares e que seria muito bom

...ter um terapeuta ocupacional que fosse ate a minha casa atende-lo lá...quando ele estivesse melhor voltaria para essa rotina dele... ter um serviço de tempo integral... (GÉIA).

Com essa colocação despertamos para ressaltar que dentre as atividades desenvolvidas pelos novos serviços encontra-se o acompanhamento terapêuticos de seus cliente e que a visita domiciliar é fundamental para aproximar sujeito, família e instituição. A atividade extramuro, seja visita domiciliar ou terapias em ambientes externos, é uma forma das equipes dos novos serviços expandirem suas ações e também, a oportunidade de conhecer o contexto familiar e conhecer a ausência de estruturas destas famílias no ato de cuidar de seu familiar.

No contexto da assistência emergencial foi sugerida a ampliação no número de ambulâncias, pois o município de Fortaleza dispõe de uma viatura para atender a estas chamadas e a nível hospitalar é requerida a contratação de recurso humano para proporcionar uma melhor assistência. Para Geia a contratação de novos profissionais contribuiria para que o sujeito tenha

...maior atenção para saber a história deles, para vê se existe uma recuperação, porque... [não] é só dar remédio, comida e ele ir pra casa... a gente vê muita reincidência... fica nesse vai e volta o tempo inteiro. Não seria melhor fazer um trabalho para que... ficasse muito mais tempo em casa e poucas vezes no hospital, o hospital ser realmente uma emergência... (GÉIA).

Achamos que a contribuição dessas reflexões a partir das narrativas dos familiares de sujeitos em sofrimento psíquico possibilitará direcionar ações importantes à gestão municipal de saúde para que medidas de caráter intervencionista sejam implantadas.

## **Considerações Finais**

A trajetória deste estudo foi árdua e marcada por inquietações, conflitos e perplexidades, fato que marcará nossas vidas. Pois, insurgiram das narrativas relatos peculiares da realidade vivenciada no contexto das situações de crises psíquicas.

É bem verdade que a história oral temática como metodologia, para esse trabalho, foi fundamental para a materialização das narrativas e para uma análise peculiar daquilo que a

memória permitiu recriar. Vale ressaltar que o estudo apresenta algumas limitações, entre elas, o fluxo de atendimento que são desenvolvidos no interior da rede hospitalar na chegada do sujeito em situação de crise, infelizmente, não conseguimos dispor de recursos que nos levasse a adentrar tal contexto.

Com o estudo conseguimos compreender que o processo de sofrimento psíquico que se instala no contexto social e cultural das famílias, passa a gerar conflitos, violência e sofrimento psíquico em seus membros. A partir desta instalação inicia-se o processo por uma assistência organizada e eficiente que promova a qualidade de vida ao sujeito em sofrimento psíquico. A percepção por essa necessidade de cuidado é oriundo dos familiares já que, o sujeito em sofrimento psíquico dificilmente percebe a necessidade de ajuda e esta busca por ajuda, geralmente, surge quando o sujeito encontra-se em um estado de agressividade e destruição relevante.

Ao iniciar a busca por uma ajuda, inicia-se também o processo de dificuldade que a família enfrentará para alcançar o atendimento de seu ente. Primeiramente, a inexistência de uma rede extra-hospitalar que receba este tipo de situação, em seguida a ineficiência no atendimento do serviço de assistência médica de urgência (SAMU), que devido à deficiência no quantitativo de viaturas tende a apresentar um longo tempo de demora. Mas, o fato primordial percebido foi à carência ou ausência de aperfeiçoamento dos funcionários da unidade de assistência ao sofrimento mental que pelos relatos dos familiares não apresentam uma conduta adequada na forma de atender o sujeito na situação de crise.

Por fim, o cuidado desenvolvido no interior das unidades hospitalares se revela como um grande conflito para as famílias, pois percebendo a inexistência de um plano terapêutico defi-

nido e adequado ao cuidado de seu familiar, hesitam em interná-lo ou não. Mesmo percebendo que o hospital psiquiátrico não é a estrutura assistencial desejada para assistir seu familiar em sofrimento, mas é o único recurso existente, as famílias terminam preferindo interná-los que vê-los presos por terem assassinado alguém querido da família.

Acreditamos que o grande desafio é proporcionar uma assistência adequada ao sujeito em sofrimento psíquico em situação de crise e com isso, reduzir os atos violentos por ele ocasionado. Esperamos que o estudo aqui apresentado seja transformador na forma de assistir ao sujeito em sofrimento psíquico e que gestores se sensibilizem com a situação desta população.

## Referências

AMARANTE, P. D. C. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde** [Internet]. Disponível em: < <http://www.cnes.datasus.gov.br> > Acesso em: 20 dez. 2012.

CARVALHO, N. R. de; COSTA, I. Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. **Psicol. clin.** [online]. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 153-164, 2008.

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Rev. bras. Enferm.** Brasília, v.63, n. 1, p. 51-57, 2010.

FERREIRA, M.M.; AMADO, J. (Orgs). **Usos & Abusos da História Oral**. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

FORTALEZA. Secretaria de Saúde. **Política de Saúde Mental** [Internet]. Disponível em: [http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms\\_v2/redes\\_saudeMental\\_PolSaudeFortaleza.asp](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/redes_saudeMental_PolSaudeFortaleza.asp). Acesso em: 15 dez. 2012.

FOUCAULT, M. **História da loucura**: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2009.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

JARDIM, K.; DIMENSTENI, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, 2007.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral**: como fazer, como pensar. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2010.

OLIVEIRA, L. A. P. Primeiros resultados do Censo Demográfico 2010. **Rev Bras Estud Popul**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 3-4, 2011.

RICOEUR, P. **Do texto à ação**. Porto, Rés Editora, 1989.

SAMPAIO, J. J. C. Saúde Mental. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p. 403-420.

WILLRICH, J.Q.; KANTORSKI, L.P.; CHIAVAGATTI, F.G. et al. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis** [online]. Rio de Janeiro, v. 21. n. 1. p. 47-64, 2011.

# **Prevalência e fatores associados à violência conjugal em uma área atendida pela Saúde da Família no Nordeste do Brasil**

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brillhante

Álvaro Jorge Madeiro Leite

Márcia Maria Tavares Machado

Isabel Altenfelder Santos Bordin

Cristiane Silvestre Paula

Ângela de Alencar Araripe Pinheiro

## **Introdução**

Dentre os diversos grupos vulneráveis à violência, as mulheres, possui destaque, pois afeta profundamente a integridade física e a saúde mental das mesmas (KRUG *et al.*, 2002). A violência praticada contra mulheres adultas, na faixa dos 15 aos 44 anos, é responsável por mais mortes que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. Os agressores geralmente são parceiros, familiares, conhecidos, agentes do Estado, pessoas que convivam no domicílio, ou que exerçam relações de poder sobre a vítima e aproveitam de sua vulnerabilidade para praticá-la, e isso a coloca como uma questão de saúde pública a ser combatida (SCHRAIBER *et al.*, 2005).

Diante do panorama apresentado, a violência vivenciada no cotidiano pelas mulheres passou a ter ênfase nas entidades ligadas aos direitos humanos e organismos internacionais como Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), bem como pelo Ministério da Saúde do Brasil.

No Brasil, pesquisa de base populacional, realizada com amostra representativa nacional de 2.502 mulheres de 15 anos ou mais, mediu a ocorrência de violência, e evidenciou que 43% das brasileiras declararam ter sofrido violência praticada por um homem na vida, seja por maridos, ex-maridos, namorados e ex-namorados. Esses dados permitiram inferir que um terço das mulheres brasileiras já foram vítimas de alguma forma de violência, em algum momento de suas vidas (VENTURI; RE-CAMÁN, 2004).

A legislação brasileira, desde o ano de 2006, fornece bases legais para a assistência às mulheres em situação de violência doméstica e familiar, mediante a Lei 11.340/2006, denominada Lei Maria da Penha. Ela estabelece que a assistência seja prestada de forma integrada e articulada, conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e, emergencialmente, quando for o caso, por meio de uma ação articulada entre as esferas de governo federal, estadual e municipal em redes integradas de ação (BRASIL, 2006).

Pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo revelou que mais de 2 milhões de mulheres são espancadas por ano no país, porém apenas 40% denunciam; 175 mil por mês, quase 6 mil por dia, 243 por hora, 4 a cada minutos e 1 a cada 15 segundos (SAFFIOTI, 2004). Waiselfisz (2012) divulga que o Brasil ocupa o 7º lugar no *ranking* mundial de mulheres assassinadas, com 4,6 mortes a cada 100 mil habitantes do sexo feminino.

No estado do Ceará, em 2009 foram registradas nas sete Delegacias de Defesa da Mulher (DDMs) 16.499 denúncias. Destas, 12.516 Boletins de Ocorrências (BOs) somente na de-

legacia na capital. Cerca de 1.370 ocorrências por mês, quase duas a cada hora. O ano de 2009 também foi marcado pelo assassinato de cerca 163 mulheres no Estado do Ceará, 72% a mais que o ano de 2008 em que se registrou 83 casos (FROTA; OSTERNE, 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em todo o País como importante modelo de atenção para reordenação da assistência. Prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua (BRASIL, 2000). Para Andrade *et al.* (2004), a Saúde da Família (SF) é um modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), peculiar do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado em equipes multidisciplinares, responsáveis pela atenção integral e contínua à saúde de cerca de 800 famílias residentes em um território com limites geográficos definidos.

Segundo Cavalcanti (1999), a abordagem da família e o fortalecimento dos laços entre profissionais de saúde e a população atendida constituem importantes estratégias que podem contribuir para a prevenção, a identificação e a intervenção em situações de violência familiar. Portanto, as equipes se encontram estrategicamente favoráveis para intervir nas relações interpessoais familiares.

A equipe da Saúde da Família, em parceria com a comunidade, deverá desenvolver ações para uma maior visibilidade ao problema, desconstruindo o que foi construído ao longo dos anos em relação à violência. Este fenômeno é algo que faz parte da natureza, reforçando o conceito de que ele seja cultural, portanto, podendo ser eliminado da convivência social.

Percebe-se que, ainda existem muitas dificuldades dos profissionais da ESF em lidar com a violência nesse âmbito, exigindo-se uma formação permanente para atuarem nesse

problema, exigindo um olhar para a subjetividade da mulher, a partir de uma escuta qualificada, desenvolvendo, portanto, maior sensibilidade no sentido de identificar a violência como agravo à saúde e a necessidade de uma ação articulada visto que o fenômeno extrapola o setor saúde, levando à necessidade da articulação em rede.

Nesse sentido, a violência pode ser evitada e amenizada, assim como foram prevenidas e reduzidas, em todo o mundo, as complicações relacionadas com várias doenças. Segundo Saliba *et al.* (2007), os casos notificados pelos profissionais de saúde sobre qualquer tipo de violência contra mulher são de grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a construção de políticas públicas direcionadas à sua prevenção.

No entanto, esta não é a realidade que se apresenta nos serviços de saúde, pois a subnotificação é frequente, e os profissionais possuem dificuldades em lidar com esse fenômeno. O problema da violência contra a mulher tem permanecido oculto, uma vez que os problemas que as levam a unidade de saúde normalmente é devido a outras situações.

A violência contra a mulher é um problema social, político, econômico e de saúde, portanto, é necessária uma atenção integral durante o atendimento a mulher, com escuta qualificada e com intervenção a partir de realização de projeto terapêutico singular, com envolvimento também de toda a equipe de saúde. Portanto percebe-se a invisibilidade dessa violência, em especial na saúde da família, tornando de fundamental importância o trabalho em equipe e desenvolvimento de ações inter-setoriais, com maior fortalecimento da promoção e prevenção de agravos no território de atuação dos serviços de saúde.

Desse modo, este capítulo elege como objetivos determinar a prevalência de violência conjugal nos últimos 12 meses e ao longo da vida na presença dos filhos em uma área coberta pela Saúde da Família, identificar os tipos de violência física conjugal praticada pelos maridos/companheiros e estimar os fatores de risco para violência física conjugal.

## **Método**

A pesquisa faz parte de um recorte da dissertação de mestrado da autora principal e do Estudo Mundial de Violência Doméstica (WORLDSAFE), que visa a examinar a magnitude e a natureza da violência no ambiente familiar em diversas culturas. Participam também deste experimento pesquisadores do Brasil, Chile, Egito, Índia, Filipinas e dos Estados Unidos. No Brasil, foram realizadas em três municípios (Embu, Fortaleza e Maceió) em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Federal do Ceará (UFC) e as secretarias municipais de Saúde dos respectivos municípios.

Estudo transversal, realizado no município de Fortaleza que possui uma população de 2,5 milhões de habitantes, considerado hoje a quinta maior cidade do País (IBGE, 2012). A capital foi dividida administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais – SERs, que funcionam como executoras das políticas municipais. O bairro objeto do estudo está localizado na Secretaria Executiva Regional II (SER II), que representa 14,6% da população geral do Município de Fortaleza, comportando uma população de 358.028 habitantes. A SER II caracteriza-se como um território com maior concentração de renda do Município, porém vivencia também uma grande contradição: ao lado de grandes condomínios e áreas turísticas

com grandes e luxuosos hotéis e restaurantes, depara-se com áreas de extrema miséria, com pessoas vivendo em condições desumanas.

O bairro foi escolhido para a realização do estudo em razão das características da comunidade (violência, presença de tráfico de drogas, baixa renda, área de praia, presença da exploração sexual) e implantação, desde 1998, da Estratégia Saúde da Família.

A população do presente estudo foi obtida com base nos dados do último cadastramento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da ESF da área estudada, concluído em novembro de 2008. Das 6.635 famílias previstas nas 41 microáreas, o estudo abrangeu 4.117 famílias (62%), distribuídas em 29 microáreas (71%) que, por sua vez, estão distribuídas nas cinco áreas.

O plano de seleção da amostra compreendeu todos os domicílios elegíveis das famílias cadastradas, ou seja, aqueles domicílios, em cujos residentes incluísse, pelo menos, uma mulher com idade entre 15 a 49 anos e que tivesse, no mínimo, uma criança na idade de zero a 12 anos, em novembro de 2008 (mês de início da coleta dos dados).

Por tratar-se de uma pesquisa sobre violência intrafamiliar contra criança, o cálculo amostral foi realizado com base na estimativa de proporções com um determinado grau de precisão. Adotado a prevalência de violência física de natureza grave contra criança, que é em torno de 10% (DAVOLI *et al.*, 1994; FIGUEIREDO *et al.*, 2004) a 20% (BORDIN *et al.*, 2006) e determinada a precisão relativa como 20% (intervalo de confiança de  $p$  entre 8% e 12%), obteve-se um tamanho da amostra estatística de 363 famílias, calculada pelo programa Epi-Info - versão 6.0 4b (DEAN, 1994). Essa amostra foi acrescida de 20%, em virtude das possíveis perdas, totalizando

436 famílias. A amostra final do presente estudo totalizou 402 mães/responsáveis. Foi adotado, em todos os testes estatísticos, o nível de significância de 95%.

A pesquisadora principal apresentou a pesquisa, seus objetivos e metodologia na roda<sup>5</sup> da unidade, com a participação também do conselho local, na ocasião, foi pactuada com os profissionais e coordenação a disponibilização de atendimento às mulheres entrevistadas, caso fosse detectado algum problema que necessitasse de atenção mais específica. A pesquisa de campo ocorreu no período de 28/11 a 16/01/2009, e para realização das entrevistas, foram garantidos privacidade e ambiente adequado, livre de barulho e sem interrupção.

## **Crítérios de diagnósticos e de exposição**

Variável dependente - Foi considerada como variável dependente “algum tipo de violência física” (grave e/ou não grave) contra a mulher no ambiente domiciliar nos últimos 12 meses.

**Quadro 1** – Violência física de natureza grave e/ou não grave contra a mulher no ambiente doméstico nos últimos 12 meses.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>	<b>TIPO DE VARIÁVEL</b>
Violência Física Grave	Chute, soco, espancamento e/ou uso/ ameaça de uso de arma.	Categórica
Violência Física Não Grave	Tapa na ausência de violência grave.	Categórica

Variáveis independentes - Foram examinados três grupos de fatores, possivelmente associados a algum tipo de violência física contra a mulher no ambiente doméstico, relacionados ao marido/companheiro da mulher.

---

5 Roda – É o método de cogestão de coletivos, que se apresenta no contexto das práticas da gestão pública como proposta de democratização das relações de poder entre as pessoas (CAMPOS, 2000).

**Quadro 2** – Fatores de risco para violência física contra a mulher no ambiente doméstico nos últimos 12 meses e ao longo da vida.

<b>NOME DA VARIÁVEL</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>	<b>TIPO DE VARIÁVEL</b>
<b>RELACIONADO À MULHER</b>		
Violência Conjugal Física nos Últimos 12 Meses	Definida como a presença de, pelo menos, um dos seguintes itens: chutes, soco, espancamento e uso ou ameaça com arma nos últimos 12 meses.	Catagórica
<b>RELACIONADO AO MARIDO/COMPANHEIRO</b>		
Uso de Bebida Alcoólica nos últimos 12 Meses	Definida se ingeriu bebida alcoólica como cerveja, vodka, cachaça e outros, nos últimos 12 meses, independente da quantidade.	Dicotômica (Si/No)
Embriaguez nos últimos 12 Meses	Definida como embriaguez nos últimos 12 meses, independente da quantidade ingerida.	Dicotômica (Si/No)
Uso de Drogas Ilícitas nos últimos 12 Meses	Uso de maconha, crack, cocaína ou outras drogas ilícitas nos últimos 12 meses, independente da quantidade.	Dicotômica (Si/No)
<b>RELACIONADO A FAMÍLIA</b>		
Nível Sócio-Econômico	Condições socioeconômicas segundo o poder de consumo da família, poder econômico para adquirir bens.	Numérica

## **Instrumentos**

Instrumentos da pesquisa que foram utilizados para a coleta dos dados:

Questionário (CORE) - instrumento padronizado desenvolvido pelo Comitê Diretor do World SAFE para avaliação da violência intrafamiliar e fatores associados.

Questionário de Classificação Econômica Familiar (ABEP) - desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa- ABEP para a determinação de classes econômicas, segundo o poder de consumo da família.

## **Controle de Qualidade**

Para aferir a qualidade dos trabalhos realizados pelas entrevistadoras, foi extraída amostra de 5% das entrevistas, cujas mulheres foram submetidas novamente a uma rápida entrevista com a pesquisadora principal. Outro procedimento de aferição adotado foi revisão diária dos questionários pela pesquisadora principal.

## **Análise Estatística**

A análise estatística foi realizada com a utilização de tabelas de frequência simples (análise descritiva); inferencial (análise bivariada); tabelas de contingência; intervalo de confiança de 95% e teste do qui-quadrado, com a finalidade de identificar associações entre as variáveis categóricas. Em todas as análises, foi adotado um nível de significância de  $p \leq 0,05$ . O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (Protocolo COMEPE Nº 72/08).

## **Resultados**

Foram estudadas 402 mulheres, mães/ responsáveis por crianças entre zero a 12 anos, destas apenas 333 possuíam marido/companheiro. Em relação à violência conjugal física sofrida pela mulher nos últimos 12 meses e ao longo da vida, obteve-se os seguintes resultados:

Das 333 mulheres, 70 (21,0%) informaram ter sofrido violência conjugal física nos últimos doze meses. Destas, 59 (84,3%) foram agredidas por tapas, 33 (47,1%) por chutes, 32

(45,7%) com socos, 27 (38,6%) por meio de espancamentos e 26 (37,1%) pelo uso/ameaça com arma, sendo possível a ocorrência de agressões múltiplas, em que as mulheres podem ter sofrido mais de um desses eventos. A frequência da violência grave superou a não grave, correspondendo a 71,4% e 28,6%, respectivamente. Do total de entrevistadas, 131 (32,6%) sofreram violência conjugal do marido/companheiro ao longo da vida, cujas agressões foram presenciadas pelos filhos.

**Tabela 1-** Prevalência de violência conjugal física vivenciada pela mulher nos últimos 12 meses (N=333).

<b>Violência conjugal física nos últimos 12 meses</b>	<b>n (%)</b>
Violência conjugal nos últimos 12 meses	
Sim	70 (21,0)
Não	263 (79,0)
Tipo de violência sofrida (N=70)*	
Tapa com mão aberta	59 (84,3)
Chute	33 (47,1)
Soco	32 (45,7)
Espancamento	27 (38,6)
Uso ou ameaça de uso de arma	26 (37,1)
Violência conjugal (N=70)	
Grave	50 (71,4)
Não grave	20 (28,6)

\*O participante pode marcar mais de uma opção

O estudo revelou quanto ao uso de álcool, à presença de embriaguez e ao uso de drogas ilícitas, pelo marido/companheiro da mulher, relação com a presença de violência conjugal e apresentou resultado significativo ( $p < 0,05$ ). O uso de drogas ilícitas apresentou maior razão de prevalência da violência conjugal, risco 3,05 vezes maior de a mulher vir a ser “vitimizada” (RP 3,05: IC 2,07- 4,51;  $p < 0,00$ ). O uso de álcool apresentou

razão de prevalência de 1,84 (RP 1,84: IC 1,08-3,16: p 0,01) e a embriaguez de 1,91 vezes maior de a mãe vir a sofrer violência conjugal (RP 1,91: IC 1,07- 3,39: p 0,02).

Outros achados significativos referem-se a fatores de associação à violência conjugal, quanto à classe social, que apresentou razão de prevalência de 2,32 vezes maior (RP 2,32: IC 1,40- 3,83: p 0,00), quando pertencente à classe social D e E.

**Tabela 2** – Fatores relacionados à mulher associados a algum tipo de violência física conjugal por parte do marido/companheiro, segundo a razão de prevalência (N=333).

Fatores relacionados à mãe/responsável	Violência conjugal N(%)	Não violência conjugal N(%)	p	RP (IC 95%)
Uso de álcool/companheiro				
Sim	56 (24,6)	172 (75,4)	0,01	1,84 (1,08-3,16)
Não	14 (13,3)	91 (86,7)		
Embriaguez do marido				
Sim	44 (29,3)	106 (70,7)	0,02	1,91 (1,07-3,39)
Não	12 (15,4)	66 (84,6)		
Uso de drogas ilícitas do marido				
Sim	23 (50)	23 (50)	0,00	3,05 (2,07-4,51)
Não	47 (16,4)	240 (83,6)		
Nível sócio-econômico				
A, B, C	17 (12)	125 (88)		
D e E	53 (27,7)	138 (72,3)	0,00	2,32 (1,40-3,85)

## Discussão

O presente estudo, composto por uma amostra de 333 mulheres, mães de crianças na idade entre zero a 12 anos, com marido ou companheiro, representa a primeira pesquisa, realizada no Município de Fortaleza, direcionada para determinar a prevalência e fatores associados à violência intrafamiliar física contra a mulher em uma área coberta pela Estratégia Saúde da Família.

Schraiber *et al.* (2007a) realizaram um estudo, em nível nacional, da prevalência das formas de violência perpetradas às mulheres e constataram que a violência psicológica é a predominante, seguida da física e depois da sexual, sendo frequente a sobreposição dessas formas.

Esta pesquisa identificou violência física contra as entrevistadas nos últimos 12 meses, sendo 21,0% relacionados a algum tipo de violência conjugal; desses, 71,4% foram considerados grave. Revelou também que, ao longo da vida e na presença de algum dos filhos, a prevalência foi de 32,6%. Muitas mulheres não “vitimizadas” pelos maridos/companheiros relataram ter sofrido outros tipos de violência, como a sexual e a psicológica. Esta última é considerada, por elas, tão grave quanto à física, pois muitas vivenciam situações de humilhação, indiferença e desprezo. Para elas, muitas vezes as “palavras maltratavam mais que a agressão em si”.

Para Drezett (2000), as consequências psicológicas, embora mais difíceis de mensurar, comprometem a maioria das mulheres e de suas famílias, com danos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis. Em relação ao marido/companheiro o uso de bebida alcoólica diária registrou 11,4%. Entre estes, o percentual de embriaguês também se mostrou elevado: diaria-

mente (10,7%) e de um a quatro dias por semana (36,7%). Em relação ao uso de drogas ilícitas nos últimos 12 meses 13,8% confirmaram; destes, 6,3% a utilizaram quase que diária.

Estudo realizado por Noto *et al.* (2004) acerca do fenômeno da violência intrafamiliar em 27 municípios do Estado de São Paulo, desenvolvida por meio de visita domiciliar, revelou que 52,7% dos domicílios mencionaram alguma situação de violência envolvendo embriaguez; 9,7%, intoxicação por outra droga, com predomínio da violência entre o casal, embora se estendesse, com frequência, a outros moradores.

Quanto à violência sofrida ao longo da vida, o presente estudo referiu-se apenas à ocorrida na presença de um dos filhos, não representando, portanto, o total real das mulheres que foram “vitimizadas” nesse período. Revelou um percentual alto, aproximadamente o dobro do outro período, correspondendo a 32,6%, tendo sido relatadas pelas entrevistadas situações graves, como: chute, espancamento, uso de objetos como faca e tesoura, agressões constantes e outras, trazendo sérios problemas de saúde, com prejuízos seu trabalho doméstico e remunerado. Dados semelhantes foram encontrados por Schraiber *et al.* (2007b), Bruschi, Paula e Bordin (2006), cujos resultados foram de 34,1%, 33,7%, respectivamente. O resultado de estudos realizados em países da América Latina sobre a prevalência da violência conjugal física ao longo da vida, variou de 19,1% a 47% para algum tipo de violência (BRUSCHI; PAULA; BORDIN, 2006).

Acredita-se que as taxas de prevalência de violência conjugal nos últimos doze meses e ao longo da vida, na presença dos filhos, apontadas neste estudo, possam estar subestimadas, em razão de viés de informações das mulheres, que receiam revelar que sofreram violência conjugal, mesmo tendo sido ga-

rantido a privacidade no momento da entrevista e de ter sido realizada apenas por mulheres. A revelação de sua privacidade pode ter favorecido o surgimento de constrangimento em falar sobre o assunto, assim como omitir as agressões menos graves, por não considerá-las como violência, ser comum na relação com seus maridos/companheiros.

Ao verificar os fatores relacionados à mulher associados a algum tipo de violência física conjugal, foi encontrada associação em relação ao uso de álcool, embriaguez e utilização de drogas ilícitas ( $p=0,01$ ,  $p=0,02$ ,  $p=0,00$  respectivamente) pelo marido/companheiro.

Zilberman e Sheila (2005) referem que as drogas ilícitas, como cocaína, *crack* e anfetaminas, estão frequentemente envolvidas em episódios de violência doméstica, pelo fato de reduzirem a capacidade de controle de impulsos e por aumentar as sensações de persecutoriedade.

Para Marinheiro *et al.* (2006) em seu estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, detectaram fatores de risco por tipo de violência: uso de drogas pelo companheiro, condição socioeconômica e violência na família (violência psicológica); uso de drogas pelo companheiro, escolaridade e violência na família (violência física); condição socioeconômica e violência na família (violência sexual); uso de drogas pelo companheiro, condição socioeconômica e violência na família (violência geral).

Corroborando com o assunto, Rabello e Caldas Júnior (2007) constataram que as chances de exposição à violência doméstica foi sete vezes maior quando havia consumo de drogas. Verifica-se, portanto, que existe uma forte associação do uso de drogas à violência contra a mulher, relacionada à causa, assim como consequência de algumas situações. O uso abusivo

de álcool por parte do parceiro, em alguns casos, é o fator desencadeante das agressões.

Quanto à classe social, as pertencentes a D e E (235 famílias) representaram 58,5% das famílias entrevistadas, uma das características do bairro estudado, conforme abordado anteriormente.

Morrison e Biehl (2000) afirmam que o baixo nível socioeconômico não é, em essência, causa direta de violência conjugal, mas está associado ao estresse nas relações interpessoais, causado também por outros motivos, como insegurança econômica. Ou seja, frustração e estresse podem ser gatilhos situacionais para o desencadeamento de uma condição psicológica que desestabiliza o homem, propiciando a ação agressiva.

A violência contra a mulher é um problema social e de saúde pública, consiste num fenômeno mundial sem considerar classe social, raça/etnia, religião e escolaridade (WERLANG; SÁ; BORGES, 2009). Embora nessas pesquisas a violência conjugal tenha uma associação significativa com a classe social menos favorecida, torna-se necessário ressaltar que, mesmo com todo o constrangimento e subnotificação existente, a procura por atendimento para esse problema ocorre principalmente nos serviços públicos. Portanto, não é revelada a real situação desse fenômeno nas demais classes sociais.

Ao finalizar essas discussões, verificou-se que alguns aspectos podem ter influenciado nos achados, tanto no sentido de garantir a sua qualidade, quanto no de limitar generalizações ou mesmo apresentar vieses.

Na qualidade do estudo, destacam-se: a importância da participação da pesquisadora principal também como entrevistadora, acompanhamento frequente no desenvolvimento de toda a pesquisa, o fato de as entrevistadoras terem sido mulhe-

res, sensíveis ao fenômeno e treinadas. Outra questão muito fortalecedora foi o fato de as entrevistas terem sido realizadas de forma individual, reservada e em um Centro de Saúde da Família, reduzindo o risco da subinformação, mas não eliminando, vez que se trata de uma temática privada e silenciosa para muitas famílias. Apresentou-se também como outra potencialidade o instrumento utilizado, que foi previamente adaptado para a utilização no País.

## **Conclusão**

As conclusões comungam com o fato de o bairro estudado ser um dos mais violentos de Fortaleza, com população predominantemente de famílias de baixa renda, que necessita de maiores investimentos em relação à prevenção da violência intrafamiliar. Verifica-se que apesar dos avanços na legislação, o problema da violência contra a mulher teve poucas mudanças. Para que isso ocorra, torna-se de fundamental importância uma maior mobilização de todos os atores sociais para seu reconhecimento segundo uma dimensão cultural.

Nesta pesquisa destaca-se a importância dos profissionais da saúde da família quanto à necessidade de maior sensibilização na atenção prestada as mulheres extrapolando o biológico durante o atendimento, no sentido de detectar precocemente ou ajudá-las a se desvencilhar da situação de violência e/ou preveni-la.

## Referências

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. et al. A estratégia saúde da família. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 88-100.

BORDIN, I. A. S.; PAULA, C. S.; NASCIMENTO, R. et al. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 28, n. 4, p. 290-296, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres. **Lei nº11.340 de 7 de agosto de 2006**. Brasília: Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres, 2006.

BRUSCHI, A.; PAULA, C.S.; BORDIN, I. A. Prevalência e procura de ajuda conjugal física ao longo da vida. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. v. 40, n. 2, p. 256-264, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v10s1/v10supl1a13.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2008.

CAMPOS, G. W. S. **Um Método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

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

DAVOLI, A.; PALHARES, F. A. B.; CORRÊA-FILHO, H. R. et al. Prevalência de violência física relatada contra criança em uma população de ambulatório pediátrico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 92-98, jan./mar. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n1/v10n1a10.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2007.

DEAN, A. G. et al. **Epi-Info, Version 6.4**: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta, Georgia, U. S. A.: Centers for disease Control and Prevention, 1994.

DREZETT, J. **Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas**. 2000. Tese (Doutorado) – Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil, São Paulo, 2000.

FIGUEIREDO, B.; BIFULCO, A.; PAIVA, C. et al. History of childhood abuse in portuguese parents. *Child Abuse Negl.*, v. 28, n. 6, p. 671-684, 2004.

FROTA, M.H.P.; OSTERNE, M. S. F. **Fazendo Gênero, Diásporas, Diversidades, Deslocamentos 23 a 26 de agosto de 2010**. OBSERVEM: Monitorando e Prevenindo a Violência contra a Mulher. Ceará, Fortaleza, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo Demográfico**. Fortaleza, 2012.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A. et al. (editors). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

MARINHEIRO, A.L.V., VIEIRA, E.M., SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.4, p. 604-610, 2006.

MORRINSON, A.R.; BIEHL, M.L. **A família ameaçada: violência doméstica nas Américas.** Rio de Janeiro: FGV, 2000.

NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; SILVA, E. A. et al. Violência domiciliar associada ao consumo de álcool e outras drogas um levantamento no estado de São Paulo. **J. Bras. Depend. Quím.**, v. 5, n. 1, p. 9-17, 2004.

RABELLO, P.M.; CALDAS JÚNIOR, A. F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.6., p. 970-978, 2007.

SAFFIOTI, H.I.B. **Gênero, patriarcado e violência.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALIBA, O.; GARBIN, C.A.S.; GARBIN, A.J.I. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.3, p. 472-477, 2007.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA-JÚNIOR, I. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.5, p.797-807, 2007a.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 359-367, 2007b.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FALCÃO, M.T.C. et al. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos.** São Paulo: Editora da UNESP; 2005.

VENTURI, G.; RECAMÁN, M. Sociedade: Afinal, o que querem as mulheres? In: VENTURI, G.; RECANAN, M.; OLIVEIRA, S. de (Org). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

WASELFISZ, J.J. Mapa da Violência 2012. Atualização: **Homicídio de mulheres no Brasil**. 2012. <http://www.census.gov/ipc/www/idb/summaries.html>. Acesso em abril de 2013.

WERLANG, B.S.G; SÁ, S.D.; BORGES, V.R..Violência doméstica contra a mulher e a Lei Maria da Penha. In: ROVINSKY, S.L.R.; CRUZ, R.M. (Org.). **Psicologia jurídica: perspectiva teóricas e processos de intervenção**. São Paulo: Vetor, 2009.

ZILBERMAN, M.L.; SHEILA, B.B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Rev.Bras. Psiquiat**. São Paulo, v. 27, supl. 2, p. S51-55, 2005.

# **Encaminhamentos realizados pelos profissionais às mulheres em situação de violência nos serviços sentinelas**

Renata Carneiro Ferreira  
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira  
Raimunda Magalhães da Silva  
Gracyelle Alves Remigio Moreira  
Isabella Lima Barbosa  
Kerma Márcia Freitas

## **Introdução**

A violência dirigida contra mulheres - em todo ciclo vital - na família, nas relações de fórum público e privado alcançou notoriedade. A Organização Mundial de Saúde (OMS), a priori, a enquadra na tipologia violência interpessoal e a classifica, segundo a natureza do ato, em: física, psicológica, sexual, envolvendo privação ou negligência, de acordo com o vínculo ou relação estabelecida entre perpetrador e a mulher vítima da violência (WHO, 2002) .

A violência engloba muitos tipos de comportamentos nocivos que deixam as mulheres marcadas pela discriminação. As diferenças de gêneros mantêm-se como pretextos para estabelecer relações hierárquicas, nessas últimas décadas. Esta relação de dominação dos homens e subordinação das mulheres repete-se entre e dentro das classes sociais, nos grupos étnicos e perpetuam-se entre as gerações (GIFFIN, 1994; MACMIL-

LAN, 2006; LIMA; BÜCHELE; CLÍMACO, 2008). As cicatrizes do sofrimento gerado pela violência a essas mulheres são fortes e contínuas, sejam elas fisicamente visíveis ou psicologicamente afetadas. Neste ínterim, as mulheres se encontram vulneráveis, muitas vezes, de recorrer a uma ajuda profissional.

Portanto, diante deste contexto, é que diversas organizações no Brasil têm desenvolvido guias para nortear as ações de saúde, de maneira que possa identificar e apoiar, bem como, encaminhar às vítimas aos serviços de apoio. Estas medidas seriam os resultados do entendimento de que a violência contra a mulher representa uma violação dos direitos humanos, consistindo, ainda, em um importante fator de risco para diversos problemas de saúde (SILVA, 2003).

Os serviços de saúde têm um papel fundamental na detecção do problema, porque têm, em tese, uma grande cobertura e contato com as mulheres, podendo reconhecer e acolher o caso antes de incidentes mais graves. Porém os sistemas de saúde nem sempre vem oferecendo uma resposta satisfatória para o problema, sem que se leve em consideração a intencionalidade do ato que gerou o estado de morbidade. Esta situação decorre da invisibilidade em alguns setores que ainda se limitam a cuidar dos sintomas das doenças e não contam com instrumentos capazes de identificar o problema (SCHRAIBER *et al.*, 2002).

O Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde incorpora a notificação de violências, na rotina dos serviços de saúde, através do Sistema de Informação de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA), visando complementar o sistema de informações existentes para a notificação de violências e acidentes. (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2007).

A partir da notificação, como um primeiro passo no processo de cuidado as mulheres em situação de violência, no qual, neste momento começa visibilidade do agravo, é que, o profissional tem a abertura de prestar a assistência necessária e os encaminhamentos devidos a cada caso. Apesar da facilidade de operacionalização do sistema, e da introdução da notificação, os profissionais tem algumas limitações na assistência a mulher, em todos os níveis de atenção, que raramente são reconhecidos e abordados como um processo contínuo e protetivo.

A abordagem da violência contra a mulher nos serviços de saúde demanda profissionais capacitados e com práticas equivalentes com os diversos casos de agravo que acometem essas mulheres. Nesta perspectiva, Pedrosa e Spink (2011) em seu estudo refere que o profissional deve se posicionar como facilitador do processo terapêutico, na qual possa contemplar seu contexto social e respeitar suas singularidades, dessa forma, construindo estratégias com as usuárias, a fim de minimizar o problema.

Percebe-se em pesquisas realizadas no Brasil que a demanda de mulheres em situação de violência que procuram os serviços especializados, atendimento realizado pela rede de saúde, muitas vezes em função da gravidade do caso, consiste em prestar assistência imediata e o mais eficaz possível, no sentido de tratar sintomas e lesões e fazer prevenção de danos que a prática da violência pode acarretar, tais como: doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, etc (DESLANDES, 2000; SCHRAIBER *et al.*, 2002; SILVA, 2003; KRONBAUER; MENEGHEL, 2005; SCHRAIBER *et al.*, 2007a, 2007b).

Para além das queixas físicas, as mulheres muitas vezes também demandam uma escuta diferenciada, que lhes permita uma compreensão mais ampla das experiências vivenciadas por elas em relação às violências sofridas.

Em geral, percebendo essa necessidade, a equipe médica ou de enfermagem as encaminha para o atendimento psicológico. A lógica desses encaminhamentos indica que as consequências diretas ou indiretas que a violência pode trazer à saúde da mulher são reduzidas à categoria de doença. Pelo fato de precisar repetir os mesmos relatos que evocam dor e as fazem reviver sofrimentos profundos ou pelo desapontamento causado pelos múltiplos encaminhamentos que comprometem vínculos anteriormente estabelecidos, muitas mulheres não recorrem ao serviço de psicologia disponível na rede (SILVEIRA, 2006).

Deste modo, os serviços de referência na rede de saúde pública, não obstante as suas importâncias no sentido de prestar um atendimento qualificado e eficaz, podem favorecer o exercício de práticas especializadas que, muitas vezes, incidem sobre um corpo vitimizado, prestando-se à aplicação de um modelo que tem como centralidade a categoria da doença ao invés da produção da saúde (DINIZ, 2006).

Diante dessas constatações, agrega-se nesta pesquisa, como possibilidade de reflexão a necessidade dos profissionais de saúde planejar, em sua prática, um cuidado diferenciado, saber o tipo de encaminhamento a ser realizado, priorizando a escuta, ampliando a compreensão da diversidade e complexidade da violência que a mulher enfrenta, pois essa demanda necessita de atendimento interdisciplinar. A pesquisa nos trouxe a indagação de como poderíamos colaborar com essa problemática nos serviços da rede municipal de saúde. Perante a esta necessidade, este capítulo, retrata a análise dos encaminhamentos prestados pelos profissionais de saúde dos serviços sentinela às mulheres violentadas.

## Método

O estudo delineia um inquérito transversal (epidemiológico) com base em dados secundários (retrospectivo). A pesquisa foi realizada em três serviços sentinela de vigilância em violência contra a mulher, referência em violência doméstica e sexual da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Ceará (SMS-Fortaleza), a saber: dois hospitais e um Centro de Referência.

A população do estudo foi representada pelas mulheres em situação de violência, a partir das Fichas de Notificação - Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências de mulheres/adolescentes com idade igual ou maior de 12 anos, que procuraram atendimento espontaneamente ou foram encaminhadas por outros serviços do município para os serviços sentinela.

Os dados da notificação são de caráter compulsório para alimentar o Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN), conforme determinado na Lei nº 10.778 de 2003. Nos três serviços investigados, no período de três anos, tinham 939 fichas.

A coleta foi efetuada com os dados disponíveis na ficha de 2006 e algumas variáveis foram ajustadas de acordo com a ficha de 2008, a partir das informações complementares, para permitir análise e cumprir o rigor metodológico. Portanto, a coleta de dados incluiu fichas datadas de 2006 a 2008, nos três serviços de saúde.

No Centro de Referência, foram realizados 1.062 atendimentos a mulheres em situação de violência, destes, foram notificados 884 casos. Dessas notificações foram excluídas 15 fichas, pois não atendiam os critérios de inclusão, resultando em 868 fichas analisadas.

No primeiro hospital foi realizado 128 atendimentos a mulheres em situação de violência, com notificação de 56 casos. Foram excluídas 05 fichas por registro incompleto da tipologia da violência, portanto tivemos 51 fichas analisadas. No segundo hospital não foi informado o número de atendimentos a mulheres em situação de violência. Foram notificados 20 casos, que participaram da pesquisa, sem exclusão de fichas.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: fichas notificadas com o agravo/doença de violência doméstica, sexual e ou outras violências em mulheres/adolescentes com idade igual ou maior a 12 anos, de acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente.

Excluíram-se: as fichas notificadas sem o preenchimento do tipo de violência e meio de agressão (dados complementares, item 51 e/ou 52 referente à tipologia da doença foi marcado algum subitem com 1 – sim); as notificadas por telefone, sem contato com a mulher; a ficha onde o local de agressão não foi o município de Fortaleza; quando agressão foi com criança menor que 12 anos e que constava como sexo masculino.

As variáveis do estudo foram descritas de acordo com as categorias: dados gerais da notificação; evolução e encaminhamento. Os dados foram organizados, codificados e inseridos no programa Statistical Package Social Sciences – SPSS, versão 13.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, USA), para confecção e validação do banco de dados e tratamento estatístico. Utilizou-se a análise descritiva para a observação dos dados compreendendo a sua descrição e análise. Para as variáveis categóricas, empregou-se o teste qui-quadrado de Pearson, complementado pela partição do qui-quadrado para a análise das diferenças. Foi admitido o nível de significância de 5%.

Por se tratar de um estudo epidemiológico, no qual as informações foram coletadas em dados secundários após o fato ocorrido, sem ter contato direto com a mulher em situação de violência, não necessitou do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos –COÉTICA/UNIFOR da Universidade de Fortaleza, com parecer n. 123/2009.

## Resultados

Neste capítulo são apresentados os registros das 939 fichas de notificação compulsória, de mulheres em situação de violência que procuraram os serviços sentinela de Fortaleza, entre 2006 e 2008. Para apresentação desses resultados foram identificadas as variáveis sociodemográficas a evolução e encaminhamento dos casos.

Quanto ao estado civil, 598 (68,1%) eram casadas, 234 (26,7%) solteiras; das 939 fichas notificadas, 926 (99%) possibilitaram a análise da variável idade, prevalecendo a faixa etária de 25 a 39 anos (51,9%), seguido das mulheres entre 40 e 59 anos (22,6%). Em relação à escolaridade, 554 (60,4%) tinham entre um a nove anos de estudo, 284 (31,0%) de 10 a 13 anos e 40 (4,4%) estudaram 14 anos ou mais.

Em relação à raça, 510 (54,3%) mulheres se definiram detentoras da cor parda, 275 (29,3%) branca, 104 (11,1%) preta. Ao se reportar à situação empregatícia, o número de mulheres empregadas alcançou 482 (51,3%) e domésticas 337 (35,9%). Ao se identificar os tipos de parceiros envolvidos na relação sexual, entre as 939 fichas, em 619 (65,9%) estavam preenchidas sobre este tópico. Destas, 586 (94,7%) afirmaram relacionar-se apenas com homens, 30 (4,8%) somente com mulheres e 03 (0,5%) com homens e mulheres.

Entre a amostra (N=939), o estudo detectou que 53 (5,6%) eram gestantes e 68 (7,2%) mulheres eram portadoras de algum tipo de deficiência; entre os tipos de deficiência, a mental 18 (28,0%) e a física 17 (25,0%) foram as mais relatadas.

Todas as formas de violência apresenta alta magnitude, mas não representatividade quando aos registros de encaminhamentos realizados pelos profissionais. Ao relacionar os tipos de violência sofridos com os encaminhamentos prestados, houve significância estatística para violência física quando as mulheres foram encaminhadas à casa de abrigo ( $p=0,021$ ); à Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM) ( $p=0,024$ ); ao Instituto Médico Legal (IML) 47 ( $p=0,005$ ) e para o atendimento psicológico do próprio serviço ( $p=0,004$ ). Quanto à violência psicológica, encaminhar a outras delegacias ( $p=0,008$ ); ao ministério público ( $p=0,001$ ); ao centro de referência da mulher ( $p=0,001$ ); ao IML ( $p=0,005$ ) e ao atendimento psicológico do serviço ( $p<0,001$ ) também foram significativos .

Em referência à violência sexual, a significância estatística dos encaminhamentos dos profissionais voltou-se para o programa sentinela ( $p<0,001$ ); delegacia de proteção da criança e do adolescente ( $p=0,015$ ); a outras delegacias ( $p=0,037$ ); ao ministério público ( $p=0,024$ ); ao centro de referência da mulher ( $p=0,037$ ); ao IML ( $p<0,001$ ) e ao atendimento psicológico do serviço ( $p<0,001$ ).

Referente à negligência, houve relação estatística nos encaminhamentos para o Ministério Público e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), ambos com  $p<0,001$ . A violência financeira foi significativa ao centro de referência da mulher ( $p<0,001$ ). Em relação à tortura, apresentou significância apenas para outras delegacias ( $p<0,001$ ).

## Discussão

A análise dos dados nos possibilitou constatar que as mulheres ao procurar o serviço de saúde, intencionam a possibilidade de solucionar ou até mesmo acabar com o ato agressivo, que de alguma forma está causando desconforto e sofrimento. Tal motivo leva o profissional de saúde a refletir suas ações, assim, buscando caminhos para a resolução do problema. Nestes caminhos, perpassa a notificação da violência, no qual, o profissional determina o apoio à mulher nos encaminhamentos prestados.

O profissional nesta situação deve estar preparado para intervir no contexto social, demográfico e cultura da mulher, valorizando suas atitudes e conceitos. Remete-se a mulher dando visibilidade ao caso, reforçando os caminhos percorridos por elas para a solução do problema.

Apesar de não se dimensionar o tempo em que a mulher vem sendo exposta à agressão e as repercussões decorrentes da agressão pela natureza deste estudo (transversal) e limitação dos dados secundários, a pesquisa confirma que as tipologias da violência contra a mulher mostram associação ( $p \leq 0,05$ ) entre algumas variáveis sócio-demográficas, com a ocorrência da violência financeira, da negligência, ainda pouco explorada na literatura.

A faixa etária de 25 a 39 anos, seguida de 19 a 24, foram as mais prevalentes em relação às violências física, psicológica e sexual. Atribui-se esta associação ao fato de que, nessa fase da vida, essas mulheres apresentam profícuas chances de relacionarem-se com parceiros íntimos, engajarem-se no mercado de trabalho, deter certo grau de escolaridade, variáveis que também foram significativas para sofrer algum tipo de violência, no estudo em foco.

A baixa escolaridade (em anos de estudo) não mostrou significância com violência física e/ou sexual, o que nos leva a inferir que essa modalidade de violência é mais abrangente e não privilegia atributos. É inadmissível que diante das conquistas e das lutas dos movimentos feministas perdurem fatos que corroboram a ancoragem de que “basta ser mulher para ser e estar vulnerável à violência física e/ou sexual”. Outros estudos mostram que a incidência da violência física e/ou sexual contra mulher é constante na literatura (DEEKE *et al.*, 2009; LIMA; BÜCHELE; CLÍMACO, 2008).

Destacam-se as taxas superiores a 60,0% de mulheres casadas em relação à violência física (70,3%), psicológica (69,1%), negligência (70,3%), financeira (74,3%) e tortura (63,6%). A literatura retrata que o parceiro íntimo (MOURA *et al.*, 2009; D’OLIVEIRA *et al.*, 2009) se mostra como o principal agressor nos casos de violência contra a mulher. Importante pontuar que entre as mulheres solteiras os percentuais das tipologias de violências também se mostraram significativos e sinalizam a vulnerabilidade da mulher diante desse fenômeno, reforçando as questões de gênero, desde sempre. A literatura sobre o tema reafirma esta compreensão (DAY *et al.*, 2003; CARVALHO; GALVÃO; CARDOSO, 2009).

Destaca-se no estudo em questão, que 5,6% das mulheres que notificaram a violência estavam gestantes. A literatura aborda a incidência da violência contra a mulher no ciclo gravídico-puerperal e as repercussões tanto para a mãe e filho, apontando casos de prematuridade relacionados a esses eventos (AUDI *et al.*, 2008; DOUBOVA *et al.*, 2007; MORAES; REICHENHEIM, 2003).

Outro ponto que suscita inquietação é a presença de alguma deficiência em 7,2% dessas mulheres. Pesquisadores

também têm demonstrado a ocorrência dessa casuística entre as mulheres portadoras de algum tipo de deficiência (NUNES; TORRENTE, 2009).

Merece pontuar que apesar das lacunas no preenchimento das fichas, indícios de subnotificação e uma busca incipiente dessas mulheres pelos serviços de referência, os profissionais que atendem essa demanda encaminham-nas para outros serviços, ampliando a visibilidade e compreensão de que para enfrentar o problema uma das saídas é a forte articulação entre as redes de apoio (CAMPOS *et al.*, 2005).

Neste estudo, setores que respondem de forma específica e direcionada à tipologia da violência identificada, mostraram-se significativos, reconhecendo os serviços de saúde como um dos setores primordiais no atendimento e notificação, principalmente quando se dirige as formas mais comuns de violência, como a física, a psicológica e a sexual, especialmente em serviços de atenção básica e secundária que direcionam o atendimento a mulheres nesta situação.

Destaca-se na pesquisa que o suporte da rede de interlocução nos encaminhamentos apresentados a essas mulheres, dependendo de cada tipo de violência, é de fundamental importância para a tomada de decisão do profissional em conter com a escalada crescente dessa problemática.

Ficou evidente no estudo que a violência contra a mulher tem várias dimensões que articula a rede de apoio no cotidiano dos serviços de saúde e dos profissionais ao notificar a violência. Essa notificação é um parâmetro para viabilizar as ações. Sendo assim, o profissional deve estar preparado para orientar sua prática e facultar a rede de intervenção, pois cada caso de violência perpassa pelas questões de sexualidade, de gênero, de saúde, de vigilância, de recorrência, de relacionamentos afetivos e pelas próprias emoções a elas associadas.

Nas formas de violência mais evidente – física, psicológica e sexual – o serviço de psicologia mostrou-se significativo. Nos atendimentos psicológicos, as maiores queixas são relativas ao parceiro. Muitas dessas mulheres ainda não se sentem em condições de romper o ciclo de violência e procuram a delegacia para orientação ou apenas para ter uma escuta diferenciada, para um “desabafo” (GADONI-COSTA; ZUCATTI; DELL’AGLIO, 2011).

Os profissionais disseram que a utilização do protocolo tem uma importância indiscutível na indicação da medicação e no fluxo interno hospitalar, como, por exemplo, o encaminhamento da mulher, após ser atendida na urgência, para o ambulatório de moléstias infecciosas. Porém, os profissionais também apontaram que, da forma como o atendimento está estruturado, não há espaços para a discussão intersetorial; não há a preocupação com o conforto da usuária dentro do hospital, e não se contempla a necessidade de escuta e apoio aos profissionais de saúde que, muitas vezes, sentem o impacto emocional diante do caso (PEDROSA; SPINK, 2011).

## **Conclusão**

É bem verdade que se amplia o número de pesquisas sobre violência contra a mulher. Desse modo, esta produção contribui para expandir a visibilidade desse lamentável fenômeno, de alcance mundial, mas ainda insuficiente para conclamar mobilizações que ampliem, sobretudo, as discussões e decisões nas instâncias do poder público.

Entre os encaminhamentos realizados pelos profissionais às mulheres quanto ao tipo de violência sofrido, houve significância estatística para violência física quando as mulheres

foram encaminhadas à casa de abrigo, à Delegacia Especial de Atendimento à Mulher e ao IML; e para o atendimento psicológico do próprio serviço.

Constatamos que as mulheres estão buscando os serviços para solucionar seus problemas e dar respostas ao que elas buscam no que se refere ao combate à violência. Com a existência dos serviços sentinelas, supõe-se resolubilidade e humanização do atendimento, fato que contribui para dar visibilidade às agressões sofridas pela mulher. Contudo, ainda há mulheres que sofrem violências e, por razões complexas e de difícil entendimento, permanecem na inércia e no silêncio.

Em concluso, as mulheres que procuraram atendimento no setor saúde assumiram suador, superaram a vergonha, conviveram com o medo, transpuseram dificuldades e buscaram uma rede de apoio – o serviço de referência para o enfrentamento de sua dor física e moral. Com essa atitude, possibilitou-se esta discussão e análise que pode resultar em melhoria da saúde e a qualidade de vida da mulher cearense.

## Referências

AUDI, C.A.F.; CORRÊA, A.M.S.; LATORRE, M. do R.D. de O. et al. Associação entre violência doméstica na gestação e peso ao nascer ou prematuridade. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.84, n.1, p.60-67, 2008.

CAMPOS, M. A. M. R. e; SCHOR, N.; ANJOS, R.M.P. dos et al. Violência Sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.14, n.1, p. 101-109, 2005.

CARVALHO, Q.C.M.; GALVAO, M.T.G.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Child sexual abuse: the perception of mothers concerning their daughters' sexual abuse. **Revestita Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.17, n.4, p. 501-506, 2009.

DAY, V.P.; TELLES, L.E. de B.; ZORATTO, P.H. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v.25, p. 9-21, 2003.

DEEKE, L.P.; BOING, A.F.; OLIVEIRA, W.F. de et al. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.18, n.2, p.248-258, 2009.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.129-137, 2000.

DINIZ, S.G.A violência contra as mulheres como questão de saúde no Brasil. In: DINIZ, C.S.G.; SILVEIRA, L.P. da; MIRIM, L.A.L. **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: Alcances e Limites**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, p.168-208, 2006.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B.; FRANÇA-JUNIOR, I. et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.2, p.299-311, 2009.

DOUBOVA (DUBOVA), S.V.; GONZÁLEZ, V.P.; BILLINGS, D.L. et al. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en La Ciudad de México. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.4, p. 582-590, 2007.

GADONI-COSTA, L.M.; ZUCATTI, A.P.N.; DELL'AGLIO, D.D. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. Campinas, **Estudos de Psicologia**, v.28, n.2, p.219-227, 2011.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; SILVA, M.M.A. da; MALTA, D.C. et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, p.1269-1278, 2007.

GIFFIN, K. Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, p.146-155, 1994.

KRONBAUER, J.F.D.; MENEGHEL, S.N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.5, p. 695-701, 2005.

LIMA, D.C.; BÜCHELE, F.; CLÍMACO, D. de A. Homens, gênero e violência contra a mulher. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p.69-81, 2008.

MACMILLAN, H. L. Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings. **The Journal of the American Medical Association**, Berlim, v.296, n.5, p.530-536, 2006.

MORAES, C.L.; REICHENHEIM, M.E. Avaliando a cronicidade e a escalada da violência física contra a mulher durante a gestação em serviços públicos de saúde no Município do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, 2003.

MOURA, L.B.A.; GANDOLFI, L.; VASCONCELOS, A.M.N. et al. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. **Revista Saúde Pública**, v.43, n.6, p.944-953, 2009.

NUNES, M.; TORRENTE, M. de. Stigma and violence in dealing with madness: narratives 66 from psychosocial care centers in Bahia and Sergipe, Northeastern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, suppl. 1, p. 101-108, 2009.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. São Paulo, **Saúde Soc**, São Paulo, v.20, n.1, p.124-135, 2011.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA-JUNIOR, I. *et al.* Violência contra a mulher: Estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n.4, p.470-477, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 359-367, 2007a.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA-JUNIOR, I. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.41, n. 5, p. 797-807, 2007b.

SILVA, I.V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 263-272, 2003.

SILVEIRA, L. P. da. Serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência. In: DINIZ, C. S. G.; SILVEIRA, L. P. da; MIRIM, L.A.L. **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência**. p. 45-77.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

# **Fatores associados ao conhecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente por profissionais de saúde na notificação da violência**

Geisy Lanne Muniz Luna

Samira Valentim Gama Lira

Deborah Pedrosa Moreira

Alexandre Guimarães Bezerra Cavalcante

Alina Albuquerque Luna

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

## **Introdução**

No Brasil, a criança e o adolescente passam a merecer maior atenção nas discussões políticas e sociais com a criação e publicação do Estatuto, que não focaliza as ações nas crianças como pobres, abandonadas ou delinquentes, mas as classifica enquanto crianças cidadãs de pleno direito. O caráter repressivo e assistencialista anterior foi abolido, e, desde então, passou a vigorar a Doutrina de Proteção Integral que encara crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e pessoas em condições peculiares de desenvolvimento (SEGALIN, 2002).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é dos documentos mais conhecidos pelos profissionais de saúde, pois é muito divulgado pelo governo e instituições (GOMES; CAETANO; JORGE, 2010). Inova ao considerar a violência contra crianças e adolescentes como problema de saúde pública e, como tal, deve ser encarado, na medida em que a insere no

Título II, dos Direitos Fundamentais, Capítulo I, do Direito à vida e à saúde, bem como quando torna obrigatória a comunicação de tais ocorrências (suspeita ou confirmação de maus-tratos) à autoridade competente (PORDEUS *et al.*, 2011).

Atualmente, os profissionais de saúde compõem uma rede intrassetorial e intersectorial de assistência à saúde à criança e ao adolescente em situação de violência, onde devem identificar, notificar e encaminhar os casos de violência, permitindo uma atuação integral e integrada com os diversos serviços (BRASIL, 2011). Essa rede de cuidado e atenção é similar aos Estados Unidos, no que diz respeito a obrigatoriedade de notificar para os profissionais, à necessidade de encaminhamento da notificação a um organismo designado em lei e à punição para o profissional que não notifica (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Apesar da existência de uma rede de cuidado e proteção social para a atenção integral à criança e ao adolescente, a identificação da violência nos serviços de saúde é ainda composta de incertezas. A questão não tem sido tratada na maioria dos currículos de graduação logo muitos profissionais não dispõem de informações básicas que permitam diagnosticá-la com um mínimo de acurácia (MOREIRA *et al.*, 2008).

Sendo assim, pesquisar esse fenômeno no âmbito da saúde coletiva contribui para fomentar discussões e possibilidades de enfrentamento de demandas sociais que estão presentes no cotidiano dos profissionais de saúde. A literatura retrata que o trabalho na área da violência contra criança e adolescente requer intervenção interdisciplinar, e que a ação torna-se mais eficaz quando promovida por instituições atuando de modo coordenado – “trabalho em rede” (LUNA *et al.*, 2010).

Entende-se que o conhecimento das políticas e dos do-

cumentos que legislam sobre o tema contribuirá para romper tabus e a inércia que ainda se mantém sobre o processo de notificação de violência contra crianças e adolescentes, entre os profissionais de saúde (KHAN; RUBIN; WINNIK, 2005). Desse modo, indaga-se sobre o conhecimento do profissional de saúde sobre o ECA e quais fatores se associam a este conhecimento para que se concretize o ato notificador no âmbito da atenção primária em saúde.

Diante da complexidade que perpassa o tema, este capítulo investigou características sociodemográficas e tempo de trabalho de profissionais da Estratégia Saúde da Família; fatores associados ao conhecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente por esses profissionais e a conduta desses profissionais frente aos casos de violência contra crianças e adolescentes.

## **Método**

Este capítulo que versa sobre fatores que se associam ao conhecimento de profissionais da ESF sobre o ECA é um recorte de um projeto mais amplo, que analisou o ato notificador sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes realizado por profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, em 2007, a partir da prática desses profissionais. Caracteriza-se como um estudo transversal, com a participação de 356 profissionais, sendo 77 médicos, 149 enfermeiros e 130 cirurgiões-dentistas.

Situando o leitor, em 2006, Fortaleza passou por um período de transição na rede de atenção à saúde com a implantação de cerca de 300 Equipes de Saúde da Família (ESF), ampliando uma cobertura de 15% para 50%. Porém, em algumas

unidades de saúde permaneceu o modelo de atenção centrado no trabalho por produtividade e sem adscrição da clientela, que também apresentavam diversidade contratual entre os profissionais. Outras unidades foram formadas atendendo a lógica da Estratégia Saúde da Família na composição de suas equipes.

O campo empírico investigativo, deste trabalho, restringiu-se a Rede de Atenção Primária à Saúde, que na época contava com 89 Centros de Saúde da Família, possuindo 247 médicos, 292 enfermeiros e 235 cirurgiões-dentistas, cadastrados nas Equipes de Saúde da Família, totalizando 774 profissionais registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SMS, 2007).

Para a coleta de dados utilizou-se questionário anônimo com blocos de variáveis abrangendo características sociodemográficas, formação, trabalho e instrumentação profissional para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes.

Consideraram-se variáveis sociodemográficas o sexo, a renda familiar, a faixa etária, a situação conjugal e possuir filhos; como variável profissional elegeu-se a categoria, o tempo de graduação e de trabalho na ESF. As variáveis consideradas sobre instrumentação desse profissional foram: participar de treinamentos, conhecer a ficha de notificação de violência, a unidade possuir a ficha de notificação, vantagens de instituir a ficha de notificação na atenção básica, deparar-se com algum caso de violência, notificar caso de violência, saber encaminhar, confiar nos órgãos de proteção à criança e ao adolescente, conhecer instituições que assiste vítimas de violência, ler sobre violência e discutir na unidade onde trabalha.

Como critérios de inclusão, os participantes deveriam ser profissionais (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) cadastrados nas equipes de saúde da família, participar de

modo espontâneo e exercer sua prática nas Unidades de Saúde atendendo à lógica da ESF. Excluíram-se os ausentes e os que se encontravam de férias/licenças.

A operacionalização da coleta seguiu as seguintes etapas: apresentação do projeto aos gestores da Secretaria de Saúde do Município e aos coordenadores das unidades; envio dos questionários para todos os profissionais da ESF de Fortaleza, pactuação de prazo para devolução.

Dos questionários 774 enviados, 356 (46,0%) foram devolvidos, sendo 77 médicos, 149 enfermeiros e 130 cirurgiões-dentistas, configurando, desse modo, a amostra do estudo.

Os dados foram organizados no Statistical Package for the Social Sciences – SPSS versão 16.0 e submetidos aplicação do teste paramétrico do Qui-quadrado de Pearson e os modelos de regressão logística para estimar razões de chances ajustadas e não ajustadas e seus respectivos intervalos com 95% de confiança no STATA versão 11.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR sob parecer nº 072/2007.

## **Resultados**

Dentre os 336 participantes, identificou-se as seguintes características: maioria mulheres (74,4%), idades  $\leq 40$  anos (86,7%), casados (56,4%) e com filhos (55,3%); tempo de graduação  $\leq 15$  anos (87,3%) e quanto ao tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, com  $\leq 8$  anos de atuação (83,7%). (Tabela 1)

**Tabela 1** – Características sociodemográficas, tempo de graduado, de trabalho de Enfermeiros, Médicos e Cirurgiões-Dentistas da Estratégia Saúde da Família. Fortaleza, CE, 2007. (N=356)

Variáveis sociodemográficas	Médico (n=77)		Enfermeiro (n=149)		Cir.Dentista (n=130)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>								
Masculino	24	26,4	28	30,8	39	42,8	91	100,0
Feminino	53	20,0	121	45,7	91	34,3	265	100,0
<b>Renda Familiar (SM*)</b>								
≤ 15	36	17,5	99	48,3	70	34,2	205	100,0
> 15	41	27,7	50	33,8	57	38,5	148	100,0
<b>Faixa Etária</b>								
≤ 40	60	19,4	132	42,8	117	37,8	309	100,0
> 40	17	36,2	17	36,2	13	27,6	47	100,0
<b>Situação Conjugal</b>								
Não Casado	32	20,6	61	39,4	62	40,0	155	100,0
Casado	45	22,3	88	43,8	68	33,9	201	100,0
<b>Possuir Filhos</b>								
Não	38	19,3	81	41,1	78	39,6	159	100,0
Sim	39	24,5	68	42,8	52	32,7	197	100,0
<b>Tempo de Graduado (em anos)</b>								
≤ 15	60	19,3	134	43,0	117	37,7	311	100,0
> 15	17	37,7	15	33,4	13	28,9	45	100,0
<b>Tempo de Trabalho na ESF (em anos)</b>								
≤ 08	61	20,4	120	40,3	117	39,3	298	100,0
> 08	16	27,6	29	50,0	13	22,4	58	100,0

Fonte: Luna (2007). \* Salário Mínimo (SM) = R\$ 380,00 (2007)

Quanto conhecer o ECA, 202 (56,7%) afirmaram deter este conhecimento justificando que as formas de acesso a essa informação deu-se por pesquisa própria (36,2%), realização de cursos específicos (26,2%), no decorrer da graduação (17,8%) e na pós-graduação (7,4%).

A associação entre as variáveis sociodemográficas e o conhecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente pelos profissionais de saúde e respectivas análises bivariadas com *odds ratio* ajustado e não ajustado, os intervalos de confiança e os valores de quiquadrado de Person estão apresentados na tabela 2.

O tempo de graduado maior que 15 anos aumentou 1,42 vezes as chances de conhecimento do ECA pelos profissionais (IC: 0,88 – 1,39) e possuir filhos aumentou em 1,54 (IC: 1,28 – 1,85) na análise não ajustada. No entanto, após à análise ajustada, ser casado aumentou 0,42 vezes as chances de conhecer o ECA (IC: 0,25 – 0,73) e possuir filhos aumentou em 3,00 vezes essa chance (IC: 1,72 – 5,22).

**Tabela 2** – *Odds ratios* ajustada e não ajustada para associação entre características sociodemográficas de Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas da Estratégia Saúde da Família em relação ao conhecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente. Fortaleza, CE, 2007. (N=356)

Variáveis	%	OR não ajustada	IC	p	OR Ajustada	IC	P
Sexo							
Masculino		1	1,00;1,61	0,342	1	0,88;2,54	0,134
Feminino		1,26			1,49		
Renda Familiar (SM*)							
≤ 15		1	0,84;1,21	0,874	1	0,65;1,76	0,768
> 15		1,01			1,07		
Faixa etária							
≤ 40		1	1,22;1,76	0,001	1	0,69;4,04	0,248
> 40		1,47			1,67		
Situação Conjugal							
Não Casado		1	0,76;1,10	0,382	1	0,25;0,73	0,002
Casado		0,92			0,42		
Possuir Filhos							
Não		1	1,28;1,85	0,000	1	1,72;5,22	0,000
Sim		1,54			3,00		
Tempo de graduado (em anos)							
≤ 15		1	1,20;1,69	0,000	1	0,78;3,11	0,203
> 15		1,42			1,56		
Tempo de Trabalho na ESF (em anos)							
≤ 15		1	0,88;1,39	0,370	1	0,42;1,69	0,634
> 15		1,11			0,84		

Fonte: Luna (2007).

A tabela 3 refere a instrumentação dos profissionais de saúde que afirmaram conhecer o ECA. Esta instrumentação registrou os seguintes atributos: negaram participação em treinamentos na área da violência (57,4%); asseverou conhecer a ficha de notificação (62,4%); afirmou não possuir a ficha de notificação no local de trabalho (52,9%); acham vantagem instituir esse instrumento na rede de atenção básica (88,6%); deparado com casos de violência (56,4%) e os casos notificados as autoridades competentes (46,4%).

**Tabela 3** – Instrumentação de Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas da Estratégia Saúde da Família que conhecem o ECA para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Fortaleza, CE, 2007. (N=202).

Variáveis	Conhece o Estatuto da Criança e do Adolescente							
	Médico		Enfermeiro		Cir.Dentista		Total	
Participar de treinamentos	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	23	26,7	39	45,3	24	28,0	86	100,0
Não	25	21,5	59	50,9	32	27,6	116	100,0
Conhecer a ficha de notificação de violência								
Sim	32	25,4	68	54,0	26	20,6	126	100,0
Não	16	21,0	30	39,5	30	39,5	76	100,0
Unidade possuir a ficha notificação								
Sim	19	20,0	59	62,1	17	17,9	95	100,0
Não	29	27,2	39	36,4	39	36,4	107	100,0
Vantagem em instituir a notificação na AB								
Sim	45	25,2	86	48,0	48	26,8	179	100,0
Não	03	13,6	11	50,0	08	36,4	22	100,0
Deparar-se com caso de violência ** (n=114)								
Sim	30	26,3	60	52,7	24	21,0	114	100,0

Não	18	20,5	38	43,2	32	36,3	88	100,0
Notificar casos de violência								
Sim	17	32,1	27	50,9	09	17,0	53	100,0
Não	13	21,3	33	54,1	15	24,6	61	100,0
Saber encaminhar								
Sim	34	26,4	61	47,2	34	26,4	129	100,0
Não	14	19,2	37	50,7	22	30,1	73	100,0
Confia nos órgãos de proteção								
Sim	28	23,0	62	50,8	32	26,2	122	100,0
Não	19	26,0	32	43,9	22	30,1	73	100,0
Conhecer instituições que assiste à vítima								
Sim	11	26,8	23	56,1	07	17,1	41	100,0
Não	37	23,3	73	45,9	49	30,8	159	100,0
Ler sobre violência								
Sim	19	29,2	32	49,2	14	21,6	65	100,0
Não	29	21,2	66	48,2	42	30,6	137	100,0
Discutir na unidade onde trabalha								
Sim	22	23,4	54	57,4	18	19,2	94	100,0
Não	26	24,1	44	40,7	38	35,2	108	100,0

Fonte: Luna (2007).

A associação entre a instrumentalização dos profissionais de saúde em relação ao conhecimento do ECA e respectivas análises bivariadas com *odds ratio* não ajustado e ajustado, os intervalos de confiança e os valores de quiquadrado de Person estão na tabela 4.

**Tabela 4** – Odds ratios ajustada e não ajustada para associação entre a instrumentação de Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas da Estratégia Saúde da Família em relação ao conhecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente. Fortaleza, CE, 2007. (n=202)

Variáveis	OR não ajustada	IC	p	OR Ajustada	IC	P
Participar de treinamento						
Não	1	1,38;1,93	0,0000	1	0,20;2,94	0,706
Sim	1,63			0,77		
Conhecer a ficha de notificação						
Não	1	1,51;2,22	0,0000	1	9,47;264,6	0,000
Sim	1,83			50,0		
Unidade possui ficha notificação						
Não	1	0,82;1,36	0,6471	1	0,39;0,93	0,023
Sim	1,05			0,60		
Vantagem em instituir a ficha de notificação na atenção básica						
Não	1	0,94;1,78	0,0698	1	0,15;13,6	0,741
Sim	1,30			1,45		
Deparar-se com caso de violência						
Não	1	1,23;1,78	0,0000	1	1,65;4,03	0,000
Sim	1,48			2,58		
Notificar casos de violência						
Não	1	0,67;1,01	0,0789	1	0,79;9,75	0,108
Sim	0,83			2,79		
Saber encaminhar						
Não	1	1,49;2,22	0,0000	1	1,35;13,7	0,13
Sim	1,82			4,31		
Confia nos órgãos de proteção						
Não	1	1,03;1,52	0,0187	1	0,74;1,47	0,783
Sim	1,25			1,04		
Conhecer instituições que assistem à vítima de violência						
Não	1	1,21;1,74	0,0010	1	0,24;5,28	0,862
Sim	1,45			1,14		
Lê sobre violência						
Não	1	1,30;1,81	0,0000	1	0,24;3,66	0,929
Sim	1,53			0,94		
Discutir na unidade onde trabalha						
Não	1	0,72;1,04	0,133	1	0,67;1,82	0,685
Sim	0,87			1,10		

Fonte: Luna (2007).

Participar de treinamentos aumentou 1,63 vezes as chances de conhecimento do ECA pelos profissionais (IC: 1,38 – 1,93); conhecer a ficha de notificação da violência aumentou 1,83 vezes essa chance (IC: 1,51 – 2,22); deparar-se com algum caso de violência aumentou 1,48 vezes as chances (IC: 1,23 – 1,78), saber encaminhar aumentou 1,82 vezes (IC: 1,49 – 2,22), conhecer instituições que assistem a vítima de violência aumentou 1,45 as chances (IC: 1,21 – 1,74) e ler sobre violência aumentou 1,53 vezes (IC: 1,30 – 1,81), na análise não ajustada.

Ao realizar a análise ajustada, conhecer a ficha de notificação da violência aumentou 50,0 vezes as chances do conhecimento do ECA (IC: 9,47 – 264,6), a unidade possuir a ficha de notificação aumentou 0,60 vezes (IC: 0,39 – 0,93) e deparar-se com algum caso de violência aumentou 2,58 as chances (IC: 1,65 – 4,03) de notificar os casos.

## **Discussão**

Dentre as regiões brasileiras, o Nordeste concentra o maior número de equipes da ESF em atuação. Nessas equipes predominam o sexo feminino, principalmente na categoria da enfermagem, idade abaixo de 30 anos, casados e o tempo de graduação menor ou igual a 11 anos (MACHADO, 2007; CANESQUI; SPINELLI, 2006). A literatura corrobora os achados deste estudo ao identificar características similares entre os profissionais da ESF investigados.

Como preconizado na legislação e nas políticas públicas, compete, também, aos profissionais do setor saúde a implementação de princípios legais relacionados as violências contra a criança e o adolescente, a exemplo do ECA e da portaria

nº104 que implica na notificação compulsória dos casos de violência (BRASIL,1990; BRASIL, 2011).

Pode-se supor, que a aproximação do profissional do setor saúde com as leituras de dispositivos legais ainda não foi internalizado em sua prática, pois os achados apontam que percentuais significativos desconheciam o ECA (56,7%), supondo-se que desconhecer as diretrizes que norteiam esta prática pode favorecer a omissão do ato notificadorio.

Ressalta-se que neste estudo, os profissionais conhecerem a ficha de notificação apresentou 1,83 (IC: 1,51 – 2,22) vezes a chance de os profissionais conhecerem o ECA. Entretanto, quando realizada a análise ajustada a chance desses profissionais conhecerem o ECA aumentou em 50,0 (IC: 9,47 – 246,6) vezes.

A literatura sobre o tema retrata que a notificação de violência/maus-tratos contra crianças e adolescentes realizada pelos profissionais da atenção básica associa-se a realização de treinamento, conhecer a ficha de notificação, saber para onde encaminhar esses casos, enfim, apropriar-se do que está posto nas políticas de enfrentamento do fenômeno (MOREIRA *et al.*, 2014; MOREIRA *et al.*, 2013).

As normas específicas de cada profissão preveem, mesmo que implicitamente, a legalidade dessas categorias em notificar as situações de violência ao órgão competente. Por outro lado, questiona-se como esses profissionais podem se responsabilizar por territórios vivos assegurando zelo à saúde da população e oferecer atendimento digno se a gestão não ofertar estrutura, de um modo amplo, para que os profissionais desenvolvam sua prática com dignidade. Inclui-se nesta estrutura a qualificação do processo de trabalho o que demanda, por sua vez, monitoração e avaliação da atenção a saúde das populações por parte da gestão.

Neste estudo, a unidade de saúde possuir a ficha de notificação proporcionou 1,05 (IC: 0,82 – 1,36) mais de chance de o profissional conhecer o ECA, não sendo significativa. No entanto, quando a análise foi ajustada, possibilitou uma chance de 0,60 (IC: 0,39 – 0,93) no conhecimento do profissional ao ECA, apresentando significância.

É imprescindível que os profissionais da saúde conheçam as concepções das violências cometidas contra a criança e o adolescente; os fatores de risco relacionados ao agressor; à vítima; à comunidade e à família para proporcionarem ações efetivas de prevenção e um diagnóstico preciso. Para isso, é indispensável o treinamento e qualificação para formar profissionais que tenham sensibilidade e atitude e concretizem a notificação de casos de violência (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010).

Neste estudo, os participantes que obtiveram treinamentos apresentaram 1,63 (IC: 1,38–1,93) mais de chance de conhecerem o ECA, sendo esta variável significativa. Quando ajustada, perdeu a significância estatística e a chance desses profissionais conhecerem o ECA aumentou 0,77 (IC: 0,20 – 2,94). Diante disso, os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental no enfrentamento da violência, mas, em virtude da formação centrada no modelo biomédico, tendem a preocupar-se somente com as lesões/estado clínico da vítima, não se atentando para estimar a importância do fenômeno. Esse fato pode estar relacionado à falta de preparo do profissional, ou na decisão de não se envolver com os casos por medo ou falta de conhecimento (SALIBA *et al.*, 2007).

A atitude dos profissionais durante à abordagem da violência cometidas contra a criança e o adolescente se encontra intimamente relacionada com a visibilidade ou não que o problema assume em seu cotidiano. Assim, a efetivação de um

atendimento depende da possibilidade de ser capaz de identificar a presença ou a suspeita da violência nos diferentes casos atendidos. Por outro lado, ter ou não visibilidade depende, dentre outros aspectos, da escuta e do olhar ampliados que o profissional de saúde consegue imprimir em seu atendimento (VELOSO, 2013).

A reflexão ou compreensão que o profissional de saúde possui sobre o ECA, conceitos e tipos de violência e seu papel na rede de proteção a criança e o adolescente facilita a notificação e os encaminhamentos para órgãos ou instituições. Neste estudo, o profissional de saúde saber encaminhar proporcionou 1,82 (IC: 1,49 – 2,22) mais chance de conhecer o ECA, sendo significativa. Entretanto, quando a análise foi ajustada, possibilitou uma chance de 4,31 (IC: 1,35 – 13,7) no conhecimento do profissional ao ECA, mas não possuindo significância estatística.

A ameaça do agressor aos profissionais é um argumento presumível, que com certa frequência, justifica a não notificação dos casos de violência. Maior impacto têm as ameaças dos agressores aos familiares que levaram a violência ao conhecimento do setor saúde; nesses casos, a notificação soma-se a contatos diretos com os conselheiros, que são prevenidos sobre o risco de novas ações violentas na família (BRASIL, 2002).

A notificação é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência em família, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância, assistência e permite o conhecimento da dinâmica da violência doméstica (SALIBA *et al.*, 2007).

Apesar da obrigatoriedade e do reconhecimento do valor da notificação, os profissionais têm dificuldades em adotá-la como conduta padrão. Dentre essas dificuldades ressalta-se: a identificação da violência nos serviços de saúde é ainda carre-

gada de muitas incertezas e dúvidas na notificação e o que essa ação pode ocasionar (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Diante dessa realidade, os profissionais acham que a ficha de notificação deve ser instituída na unidade de saúde e, além disso, essa instituição proporciona 1,30 (IC: 0,94 – 1,78) mais de chance no conhecimento do ECA. Entretanto, quando realizada a análise ajustada essa chance foi para 1,45 (IC: 0,15 – 13,6), não possuindo significância. Identificou-se que os profissionais de saúde da atenção básica gostariam que as unidades de saúde estivessem aptas a identificar, notificar e possuir parcerias com órgãos ou instituições de proteção a criança.

O Ministério da Saúde, investindo no enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente, construiu documentos importantes para orientar profissionais e gestores atenderem de modo integral à criança, ao adolescente e suas famílias em situação de violência (BRASIL, 2005; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011). Este atendimento perpassa pelo acolhimento, consulta clínica, notificação e encaminhamento ao órgão ou instituição de proteção que dê seguimento ao caso (BRASIL, 2010).

Neste estudo, os profissionais de saúde confiam nos órgãos de proteção a criança e ao adolescente, mas não conhecem as instituições que assistem à vítima de violência. Além disso, a variável confiar nos órgãos de proteção proporcionou 1,25 (IC: 1,03 – 1,52) mais chances de o profissional conhecer o ECA, sendo significativa. Quando realizada a análise ajustada, a chance foi de 1,04 (IC: 0,74 – 1,47) não possuindo associação direta. O profissional conhecer as instituições ocasionou 1,45 (IC: 1,21 – 1,74) mais chances de conhecer o ECA, sendo significativa. Entretanto, na análise ajustada, a chance foi de 1,14 (IC: 0,24 – 5,28), sem associação direta.

Os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção (SALIBA *et al.*, 2007).

Neste estudo, a maioria dos profissionais de saúde que se deparou com casos de violência, mostraram possuir 1,48 (IC: 1,23 – 1,78) mais chances de conhecer o ECA, sendo significativa. Quando realizada a análise ajustada a chance foi de 2,58 (IC: 1,65 – 4,03), mantendo a significância. A literatura aponta que a conscientização da sua importância, a quebra de idéias pré-concebidas e o treinamento correto para diagnosticar situações de violência são condições necessárias para que o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar, a quem for competente, essa realidade que se apresenta de forma tão expressiva no cotidiano dos seus atendimentos, seja qual for a sua área de atuação (GEBARA, *et al.*, 2013; SALIBA *et al.*, 2007).

Assim, o profissional de saúde que notifica os casos de violência possui 0,83 (IC: 0,67 – 1,01) mais chances de conhecer o ECA, não sendo significativa. Quando a análise foi ajustada, essa chance aumentou para 2,79 (IC: 0,79 – 9,75), apesar de não significativa.

Os gestores e profissionais de saúde devem oferecer esforços para acabar ou, pelo menos, reduzir tais ocorrências a indicadores que sejam compatíveis com a pretensão de sermos uma sociedade mais justa, alicerçada em valores ético-humanistas.

Estudo realizado com 54 profissionais que atuam nos serviços do Sistema Único de Saúde, em São José do Rio Preto (SP), concluiu que os entrevistados ainda desconhecem os aspectos legais relacionados com a notificação e sugere que esses profissionais sejam capacitados para lidar com a face bu-

rocrática do assunto, uma vez que notificar contribui para o delineamento do perfil epidemiológico da violência e para o consequente desenvolvimento de políticas públicas (GEBARA, *et al.*, 2013).

O enfrentamento desse fenômeno não é tarefa fácil, mas absolutamente necessária e inadiável. Exige do Estado, dos profissionais de saúde e da sociedade a consciência de que a violência contra crianças e adolescentes compõe a agenda das políticas para o setor, divulgando, implementando e efetivando àquelas políticas já existentes (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010).

Vale considerar algumas limitações do estudo, a exemplo do percentual de participação dos profissionais no estudo, o período de implantação da ESF no município estudado, a temporalidade de sua realização. Mesmo assim, o objeto de estudo e seus achados são atuais e comungam com resultados de pesquisas similares em anos mais recentes (MOREIRA *et al.*, 2014; MOREIRA *et al.*, 2013; GEBARA, *et al.*, 2013).

## **Conclusão**

Mostraram-se associados ao conhecimento do ECA a faixa etária, possuir filhos, tempo de trabalho na ESF, participar de treinamento, conhecer a ficha de notificação de violência, deparar-se com algum caso de violência, saber encaminhar, confiar nos órgãos de proteção à criança e ao adolescente e conhecer instituições que assiste à vítima de violência.

Quando a análise foi ajustada permaneceram associados ao conhecimento do ECA as variáveis situação conjugal, possuir filho, conhecer a ficha de notificação de violência, a unidade possuir a ficha de notificação e deparar-se com caso de violência.

Quanto à conduta dos profissionais da Estratégia Saúde da Família frente aos casos de maus-tratos contra criança e adolescentes essa pesquisa traz elementos provocativos à reflexão e à ação e redirecionamento da produção do cuidado em saúde, pois mais que um simples relato, é, na verdade, um estímulo para novos olhares sobre o tema.

## Referências

BEZERRA, S.C. Estatuto da criança e do adolescente: marco da proteção integral. In: **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 17-22.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Volume 13. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências** - (Série A. Normas e Manuais técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde**: um passo a mais na cidadania em saúde. Secretaria de Assistência a Saúde, 48p. Série A Normas e Manuais Técnicos; no 167. Brasília, 2002.

BRASIL. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Portaria nº104 de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de

doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=26/01/2011&-jornal=1&pagina=37&totalArquivos=88>>. Acesso em: 03 fev. 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.069, 13 jul. 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília; 1990.

CANESQUI, A.M, SPINELLI, M.A.S. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.1881-92, 2006.

GEBARA, C. F. P.; LOURENCO, L. M.; RONZANI, T. M. A violência doméstica infantojuvenil na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 18, n. 3, p. 441-451, 2013.

GOMES, I.L.V. **A criança hospitalizada, seus direitos e as relações interpessoais no cuidado e tratamento**: caminhos e descaminhos. 2007. Tese(Doutorado em Cuidados Clínicos em Saúde)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

GONCALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2002.

GOMES, I.L.V.; CAETANO, R. JORGE, M.S.B. Compreensão das mães sobre a produção do cuidado pela equipe de saúde de um hospital infantil. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 84-90, 2010.

KHAN, A. N.; RUBIN, D. H.; WINNIK, G. Evaluation of the mandatory child abuse course for physicians: do we need to repeat it? **Public Health**, v. 119, n. 7, p. 626-631, 2005.

LUNA, G.L.M.; FERREIRA, R.C.; VIEIRA, L.J.E.S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.481-91, 2010.

MACHADO, M.H. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Coordenadoria de Políticas de Saúde. Fortaleza; 2007. Dados epidemiológicos. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>>. Acesso jan. 2014.

MOREIRA, D.P. et al. Exposição à violência entre adolescentes de uma comunidade de baixa renda no Nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** (Impresso), Rio de Janeiro, v. 18, p. 1273-1282, 2013.

MOREIRA, G.A.R. et al. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4267-4276, 2014.

MOREIRA, G.A.R. et al. Training and knowledge of professionals of the health family team on reporting mistreatment of children and adolescents. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 223-230, 2013.

MOREIRA, S.N.T. et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.6, p. 1053-1059, 2008.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 1, p. 42-49, 2005.

PORDEUS, A.M.J. et al. Notificação de Direitos Violados Segundo O Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA) No Nordeste Brasileiro. Notificação do SIPIA no Nordeste. **Rev Bras Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.21, n.4, p.313-321, 2011.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p.472-7, 2007.

SEGALIN, A. A intervenção do conselho tutelar frente aos casos denunciados de violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Visão Global**, Santa Catarina, v.18, n.6, p.101-20, 2002.

VELOSO, M.M.X. et al . Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1263-72, 2013.

# O fluxo de atendimento de maus tratos contra crianças e adolescentes em uma emergência pediátrica

Luciana Vilma Oliveira Quintino Amaral

Ilvana Lima Verde Gomes

Maria Veraci Oliveira Queiroz

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Annatalia Meneses de Amorim Gomes

## Introdução

A violência tem sido motivo crescente de preocupação à sociedade em geral, acompanhando toda a história e as transformações da humanidade, pois observa-se ocorrências frequentes nas diferentes esferas da vida social (SOUZA, 2007; SOUZA; SANTANA, 2007). O número de vítimas deste agravo vem aumentando significativamente nos últimos anos, destacando-se entre as principais causas de morbimortalidade no mundo (MASCARENHAS *et al.*, 2009).

As crianças estão hoje entre os principais grupos vulneráveis à violência, principalmente aos maus tratos. Assim necessitam de atendimento nos serviços de saúde, estes devem estar capacitados para atendê-las. A assistência adequada exige uma abordagem multidisciplinar, com conhecimentos e recursos suficientes (CARDOSO; SANTANA; FERRIANI, 2006). A equipe envolvida no cuidado deve respeitar os direitos da criança e conduzir o atendimento baseado na integralidade, ampliando a capacidade de responsabilização dos trabalhadores (ERDMANN; SOUSA, 2009).

Em uma perspectiva integral, esse cuidado abrange o acolhimento, a detecção dos maus tratos, a notificação e o encaminhamento para as redes de proteção e o apoio. Ele depende do somatório das ações de uma equipe multiprofissional, de forma a garantir à criança uma rede de serviços com resolubilidade (BRASIL, 2010).

Tendo em vista o impacto dos maus tratos infantis nos gastos com saúde no Brasil, nos últimos anos tem sido implementadas políticas públicas direcionadas ao enfrentamento desse fenômeno. Apesar de todo o aparato legal e dos progressos nas conquistas dos direitos das crianças, Gomes, Caetano e Jorge (2008), em estudo documental, observaram que a realidade brasileira está bem distante do que está escrito. Os profissionais necessitam de suporte do poder público, das redes de proteção e apoio, do setor jurídico e de diversos setores da sociedade.

Baseando-se nesse contexto, desenvolvemos este estudo com o objetivo de descrever o fluxo de atendimento num hospital público às crianças em situação de maus tratos, bem como aos seus familiares. Os resultados desta investigação apontam o cotidiano das ações dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado a essa clientela e as dificuldades vivenciadas por eles; incentivam novos estudos acerca da temática e oferecem subsídios para a elaboração e implementação de estratégias nas políticas públicas.

## **Método**

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa. Optamos por este tipo de abordagem porque sua aplicação permite ao pesquisador desvelar sentimentos e pensamentos

das pessoas acerca da forma de como vivem e se relacionam com o mundo (MINAYO, 2008).

Realizamos a pesquisa no serviço de emergência pediátrica de uma instituição hospitalar da rede pública municipal de Fortaleza no período de março a junho de 2010. Participaram do estudo 14 sujeitos, sendo cinco enfermeiros, cinco auxiliares de enfermagem, dois assistentes sociais e dois médicos, que foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: profissionais de saúde da emergência, com experiência de pelo menos um ano no atendimento as crianças que sofreram por maus tratos.

Como estratégias de coleta das informações, utilizamos a observação sistemática e a entrevista com roteiro semiestruturado. A observação sistemática foi realizada nos três turnos de trabalho, perfazendo um total de sessenta horas. Participamos da vida cotidiana dos profissionais de saúde e usuários da unidade hospitalar, e registramos em diário de campo as informações obtidas.

Começamos a observar as práticas dos profissionais na porta de entrada do hospital, onde permanecemos durante todo o período até surgir algum caso suspeito de maus tratos para que a partir de então fosse possível acompanhar o fluxo de atendimento até a sua saída da instituição.

Além do roteiro para auxiliar nos aspectos importantes durante as observações, utilizamos uma ferramenta para elaborar o fluxo de atendimento às crianças em situação de maus tratos, o fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde. Através de um diagrama, construído por símbolos padronizados universalmente, ilustra-se graficamente o modo de organização do processo de trabalho nos serviços de saúde (MERHY, 2007).

Para realização da entrevista, seguimos um roteiro de perguntas semi-estruturadas, cujas falas foram armazenadas em um gravador, após consentimento dos entrevistados, que assinaram duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido. Eles foram identificados pela letra E, seguidos de um numeral, organizados de forma seqüencial para facilitar a identificação dos mesmos durante a transcrição das entrevistas.

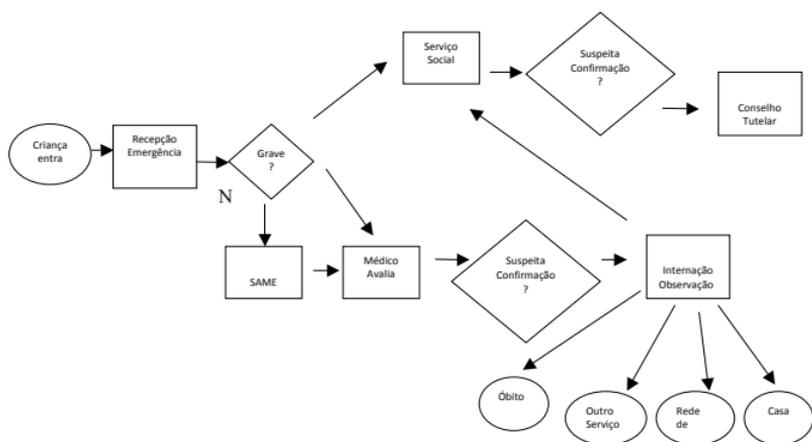
O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, obtendo aprovação conforme protocolo nº 09554117-9. Na tentativa de uma melhor compreensão dos significados e das experiências, realizamos leitura exhaustiva dos discursos, recortes dos trechos e confrontos dos depoimentos com as observações realizadas. Como resultado, elaboramos um fluxograma descritor, onde ilustramos graficamente o modo de organização do atendimento das crianças em situação de maus tratos na emergência pediátrica.

## **Resultados e Discussão**

A linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças e suas famílias em situação de violência engloba as seguintes dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento para a rede de cuidados e de proteção social. Todos os recursos disponíveis devem estar integrados por meio de fluxos e protocolos que possam garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à atenção (BRASIL, 2010).

Após observação dos atendimentos de duas crianças em situação de maus tratos, construímos o fluxograma do serviço baseando-se em um deles. Conforme ilustrado na Figura 1, demonstramos esquematicamente a entrada da criança/família na recepção da emergência e o seu destino final.

**Figura 1** - Fluxograma analisador das atividades dos profissionais de saúde no cuidado à criança/família em situação de maus tratos.



A criança e o seu acompanhante entram no serviço através da recepção da emergência, também chamado setor de acolhimento, onde são recebidos por dois auxiliares de enfermagem e um enfermeiro. Na grande maioria dos casos, a criança é levada para a instituição por alguém da família ou responsável, ou ainda por outra pessoa que suspeite ou tenha certeza de que a mesma esteja sendo maltratada.

Os auxiliares de enfermagem do acolhimento são os primeiros profissionais a terem contato com os usuários que procuram atendimento na emergência. De acordo com os relatos a seguir, eles inicialmente perguntam ao responsável pela criança o que o motivou a procurar atendimento na emergência.

*[...] Eu procuro ver como a criança está [...] encaminho para fazer a ficha e depois para a enfermeira (E6).*

*[...] procuro acompanhar para saber realmente o que aconteceu. Às vezes acho algum caso muito estranho, parecido com maus tratos, então comunico o serviço social [...]. Eu observo se o médico chama o serviço social, se não chamar eu vou lá e chamo.[...]quando eu vejo, eu denuncio (E10).*

De acordo com o depoimento de E10, percebemos que alguns auxiliares de enfermagem não se limitam a executar somente os procedimentos técnicos, mas se preocupam também em investigar, acompanhar e notificar um caso suspeito de maus tratos. Ao proceder desta forma, este profissional está agindo com acolhimento, um dispositivo do cuidado integral que se baseia na escuta com qualidade, na multiprofissionalidade, na responsabilização e no comprometimento com a resolubilidade (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2009).

Em seguida, a criança é encaminhada para o enfermeiro do acolhimento, que procede à avaliação com classificação de risco conforme o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Esse documento foi elaborado com base em sinais de alerta e determina as prioridades no atendimento e propõe agilizá-lo a partir da análise do grau de necessidade do usuário.

Nesta etapa, o atendimento é realizado, na maioria das vezes, em sala reservada, onde a queixa é relatada. Este é o primeiro momento de decisão de ofertas, no qual o enfermeiro avalia se a criança está precisando de atendimento imediato (caso grave) e, se positivo, a acompanha até o médico. Caso não se trate de caso grave, a criança é encaminhada para outra fila, a do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), onde é impressa uma ficha com os dados de identificação, para posteriormente, aguardar atendimento médico.

Considerando que a estrutura física e organizacional da unidade interfere no cuidado prestado, devemos refletir sobre a quantidade de filas pelas quais passam os usuários: recepção, consultório do enfermeiro, SAME e consultório médico. Além disso, apesar da existência de ventiladores, as salas de espera são extremamente quentes e não possuem cadeiras suficientes para a demanda, fazendo com que alguns aguardem atendimento em pé.

A sala em que o enfermeiro do acolhimento atende possui ventilação e iluminação adequadas. A porta dispõe de fechadura com chave, contudo, observamos que ela não é trancada a cada atendimento, permitindo que alguns usuários invadam a mesma, desrespeitando com isso, a privacidade de quem está sendo atendido. Percebemos que os enfermeiros não a trancam devido à grande demanda, contribuindo para que estes realizem um atendimento muito rápido.

Outra falha grave no serviço é a inexistência de enfermeiro no setor de acolhimento no período noturno, após 22 horas, sendo as queixas relatadas na recepção, aos auxiliares de enfermagem, na presença de outras pessoas. Já que o serviço de emergência se propõe a oferecer atendimento com Classificação de Risco, este profissional, que está capacitado tecnicamente para exercer essa atribuição, deve estar disponível no setor em todos os turnos.

O desrespeito à privacidade e a rapidez no atendimento dificultam o estreitamento dos laços e a relação de confiança entre profissional e usuário, e conseqüentemente, o estabelecimento de um vínculo terapêutico efetivo. A criação de vínculos entre os atores envolvidos no processo de produção do cuidado em saúde implica em uma aproximação estreita, capaz de provocar no trabalhador uma sensibilização com o sofrimento do outro, revelando-se como condição fundamental ao cuidado em saúde (MERHY, 2007).

O acolhimento é, antes de tudo, uma postura ética e implica compartilhamento de conhecimentos e angústias. Neste momento, o profissional deve tomar para si a tarefa de abrigar e aconchegar a criança em suas necessidades, com responsabilidade e resolubilidade, respeitando cada situação. Diferentemente da triagem tradicional, o acolhimento deve acontecer em todos os momentos e locais do processo de produção de saúde, de forma contínua.

Apesar de os fatores citados interferirem significativamente na detecção dos casos de maus tratos, os profissionais do acolhimento revelaram que, quando conseguiam identificá-los, davam prioridade no atendimento.

*[...] Eu tento dar a maior prioridade no atendimento (E5).*

*[...] em alguns casos ninguém vê. Nos casos em que já dá pra notar logo o que aconteceu, geralmente, tem prioridade. [...] dar prioridade e resguardar a criança daquelas pessoas que ficam olhando (E8).*

Após avaliação, o enfermeiro conduz a criança ao médico e comunica a suspeita de maus tratos. Este profissional a examina e tenta colher informações que possam esclarecer o que aconteceu. Como evidenciado no fluxograma, nesta etapa o médico decide qual a intervenção tecno-assistencial adequada para aquela criança e os seus possíveis caminhos: se será encaminhado para a próxima etapa (observação ou internação) ou para outro serviço ou ainda se será negado atendimento. Segundo relatos dos médicos entrevistados, esta abordagem exige muito cuidado.

*[...] Precisa parar um pouco mais, fazer um exame mais cuidadoso [...] é um exame até mais um pouco complexo (E7).*

*[...] Em relação às conseqüências dos maus tratos, a gente tem que cuidar, tratar. Em relação à criança, ela deve ser resguardada no hospital, a gente não deve deixar sair antes que algumas coisas sejam esclarecidas. (E14).*

O médico exerce papel fundamental na detecção dos casos de maus tratos, visto que o exame clínico criterioso e a coleta minuciosa da história clínica são indispensáveis neste momento. Na instituição, alguns desses profissionais preferem transferir para os assistentes sociais a tarefa de abordar a criança e sua família e, dessa forma, investigar melhor. Esse comportamento pôde ser percebido nos relatos que se seguem:

*Presto atendimento na parte médica e chamo o serviço social também para conversar quando existe a suspeita (E7).*

*Geralmente a gente comunica o serviço social para que a criança, de uma certa maneira, receba mais atenção (E14).*

Como rotina da instituição, o preenchimento da ficha de notificação é realizado pelos assistentes sociais, que geralmente são comunicados sobre a suspeita de maus tratos após avaliação médica. Contudo, os enfermeiros do acolhimento fazem esse contato tão logo percebam um caso suspeito, antes mesmo do atendimento médico. Alguns entrevistados informaram que agem dessa forma por receio de que o médico não realize essa comunicação, contribuindo para que mais um caso de maus

tratos não seja notificado. Esse comentário merece uma reflexão acerca da responsabilização com o problema do outro, da valorização das ações de cada profissional e da capacidade de comunicação, já que suas atividades são dependentes entre si e, por esse motivo, devem estar no mesmo patamar de igualdade.

Também aponta uma visão distorcida acerca da responsabilidade em notificar, que não compete somente a algumas categorias, mas a todos os profissionais, como também a qualquer cidadão que testemunhe ou que tome conhecimento de violações dos direitos de crianças e adolescentes. De acordo com a legislação brasileira, a notificação é de responsabilidade da unidade como um todo, e não somente das pessoas que realizaram o atendimento (BRASIL, 2001).

Após colher informações mais detalhadas junto à criança e seus familiares ou responsáveis, os assistentes sociais comunicam ao Conselho Tutelar da região, enviando uma via da ficha de notificação. Nos relatos a seguir os assistentes sociais descreveram suas atividades.

*[...] A gente trabalha junto ao Conselho Tutelar e ao Núcleo de Atendimento à Criança Vítima de Violência. A gente encaminha pra rede. No hospital, especialmente no serviço de emergência, a gente não tem como ter uma abordagem mais aprofundada. (E2).*

*[...] minha obrigação é fazer a notificação, fazer relatório, encaminhar para os órgãos cabíveis, no caso o Conselho Tutelar, para que sejam tomadas as medidas. A gente preenche uma ficha de notificação, conversa com a acompanhante para tirar mais dados daquela violência (E13).*

Após avaliação médica, se este decidir por observar a criança na emergência ou interná-la na enfermaria, a mesma recebe assistência de equipe multiprofissional: auxiliares de enfermagem e enfermeiro da emergência pediátrica, médico e assistente social.

*[...] Como enfermeira assistencial, a gente trata das lesões, implementa a conduta médica, procura estabelecer um vínculo com o serviço social [...] A criança vai ficar sob observação mais rigorosa, dependendo da condição dela, pela equipe de enfermagem. Não dá pra você atender e liberar a criança porque a gente acaba se tornando corresponsável (E3).*

*[...] Depende dos maus tratos. Se a criança chegar com algum tipo de ferimento, vou procurar tratar [...] Se precisar, a gente faz medicação, punciona acesso. A gente tem que ter o máximo cuidado com o local para não machucar mais ainda. Quanto mais proteger, melhor (E8).*

Compreendemos, através da ilustração no fluxograma, que a última intervenção tecnológica recebida na instituição em estudo é a notificação ao Conselho Tutelar. Após notificação, a criança permanece em observação na unidade e, em caso de risco de novas agressões, a mesma não volta para sua residência, sendo encaminhada para um abrigo até decisão judicial.

Com relação ao destino final, registramos os encaminhamentos e evolução das crianças após receberem intervenção: recebiam alta para sua residência, evoluíam para óbito, eram transferidas para outro serviço que oferecia maior resolubili-

dade ou para as unidades que constituíam a rede de proteção e apoio do município.

Em continuidade à discussão sobre a prática dos profissionais de saúde, ressaltamos que suas ações são dependentes entre si e qualquer incorreção ou omissão influencia no fluxo de atendimento, podendo até mesmo interrompê-lo. Observamos um caso onde o médico não deu continuidade ao fluxo de atendimento, e com essa atitude, não foi possível realizar a investigação mais criteriosa para confirmar o abuso. Sendo assim, se a criança estivesse mesmo sofrendo agressões, ao agir dessa forma, o profissional não contribuiu para que fosse interrompido o ciclo de violência. De acordo com Silva e Vieira (2001), o enfrentamento da violência é de responsabilidade de todos e para isso é preciso rever atitudes tanto do profissional quanto do cidadão.

Constatamos também a inexistência de uma comissão de prevenção aos maus tratos à infância e adolescência na instituição. Apesar da obrigatoriedade por lei estadual, a última comissão foi implantada em 2003, constituída de dois pediatras, três enfermeiras, duas assistentes sociais e um auxiliar de enfermagem, que cumpriram mandato de dois anos. A partir de então, não houve nomeação de outra comissão por parte dos dirigentes e a mesma não se encontra atuante.

Acreditamos que a existência de uma comissão de maus tratos na unidade poderia realizar atividades junto aos profissionais, com o intuito de conscientizá-los da importância da detecção e notificação dos casos. Seria de grande valia sua atuação com autonomia, de forma a advertir os profissionais que agissem com omissão. Além disso, poderia oferecer suporte aos que atendem na emergência, através da notificação e da comunicação com as redes de proteção e apoio, dentre outras intervenções que possam minimizar o sofrimento dessas crianças.

## Considerações Finais

Durante a construção do fluxograma de atendimento e a discussão acerca das práticas, identificamos alguns aspectos que interferem negativamente no cuidado prestado, merecendo reflexão de todas as pessoas envolvidas no processo. Dentre eles, destacamos: a burocratização no atendimento, a não realização de avaliação com classificação de risco no serviço noturno, a subnotificação, as avaliações rápidas e o desrespeito à privacidade da criança/família.

Na unidade hospitalar em estudo, não havia Comissão de Atendimento e Prevenção aos Maus Tratos em Crianças e Adolescentes oficializada. Acreditamos que a mesma, sendo atuante e autônoma, poderia agir de forma a orientar melhor os profissionais na condução e no encaminhamento dos casos e capacitá-los de modo a favorecer um processo de cuidado às vítimas, conforme preconiza a legislação de apoio e proteção à criança.

Para modificar esse cenário e não atuar somente após a identificação dos atos de violência, tornam-se necessárias as ações integradas da escola, unidades de saúde, centros de assistência social, associações de moradores, entre outros serviços, para que identifiquem as crianças em situação de risco, com aparato legal e apoio do poder público, a fim de proporcionar a adoção de medidas integradas que visem proteger à família.

## Referências

ANDRADE, C.S.; FRANCO, T.B.; FERREIRA, V.S.C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C.S.; FERREIRA, V.S.C. (org.). **A produção subjetiva do cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 130-162.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1968, de 25 de outubro de 2001**. Dispõe sobre a notificação de suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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 : Ministério da Saúde, 2010.

CARDOSO, E.S.; SANTANA, J.S.S.; FERRIANI, M.G.C. Criança e adolescente vítimas de maus tratos: informações dos enfermeiros de um hospital público. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 524-530, 2006.

ERDMANN, A.L.; SOUSA, F.G.M. Cuidando da criança na atenção básica de saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 150-160, 2009.

GOMES, I.L.V.; CAETANO, R.C.; JORGE, M.S.B. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 61-65, 2008.

MASCARENHAS, M. D. M.; SILVA, M. M. A. da; MALTA, D. C. *et al*. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências

e Acidentes (VIVA) – Brasil, 2006. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v.18, n.1, p.17-28, 2009.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007. p.71-112.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

SILVA, A.M.; VIEIRA, L.J.E.S. Caracterização de crianças e adolescentes atendidos por maus tratos em um hospital de emergência no município de Fortaleza-CE. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.35, n.1, p.4-10, 2001.

SOUZA, E.R. (Org). **Curso Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

SOUZA, M.K.B.; SANTANA, J.S.S. Concepções de enfermeiros gestores municipais de saúde sobre a violência. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.94-99, 2007.

# Suicídio e gênero: uma revisão de literatura

Stela Nazareth Meneghel  
Roger Flores Ceccon

## Introdução

Os elevados índices de suicídio, tentativas e ideação suicida caracterizam esse tema como um importante problema de saúde pública (HAQQI, 2008). Dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que as mortes por suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos (SÁ *et al.*, 2010), representa a 13ª causa mundial de mortalidade, a quarta na população de 15 a 44 anos e, até o ano 2020, a incidência de suicídio em todo o mundo chegará a aproximadamente 1,53 milhões de pessoas (BRZOZOWSKI *et al.*, 2010).

A OMS classifica a mortalidade por suicídio em quatro níveis, considerando baixas as taxas menores que 5/100.000, médias entre 5 a 15/100.000, altas entre 15 a 30/100.000 e muito altas, quando maiores de 30/100.000 (WHO, 2002). No Brasil os coeficientes de mortalidade por suicídio encontram-se em 5,6/100.000 habitantes (BRASIL, 2008).

O suicídio é um fato social, como já havia pontuado Durkheim (1982), e configura uma situação complexa, com múltiplos determinantes que mudam de acordo com a cultura, momento histórico e grupo social, sendo considerado um tema *tabu* em muitas sociedades. Estima-se que o suicídio possa estar relacionado a problemas econômicos, culturais e psico-

lógicos. Situações de perda, frustração e sofrimento emocional podem aumentar o risco. Os possíveis fatores que podem desencadear o suicídio na população jovem incluem conflitos no relacionamento familiar, amoroso ou entre os pares, enquanto que no grupo adulto, podem ser considerados fatores de risco os problemas econômicos, sofrimento físico ou mental e as dificuldades no desempenho de papéis de gênero (BOTEGA *et al.*, 2009; BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010; WERNECK, 2006; MENEGHEL *et al.*, 2012).

As taxas de mortalidade por suicídio segundo sexo atingem coeficientes três a quatro vezes maiores entre homens e aumentam conforme a idade (WERNECK, 2006). Entretanto, mesmo sendo o suicídio considerado de baixa incidência no sexo feminino, fato que tem sido descrito como o “paradoxo do suicídio” (CANETTO, 2008), representado por maior frequência de tentativas em mulheres e suicídios consumados em homens, não se deve descuidar do estudo deste agravo no sexo feminino. O suicídio em mulheres representa a maioria das mortes por autoagressão em alguns países como na China e na Índia (DREVRIES *et al.*, 2011; YIP; LIU; LAW, 2008).

No Brasil, o suicídio em mulheres atinge coeficientes de 7/100.000 entre as jovens, e 10/100.000 na meia-idade e velhice, o que pode ser considerado um patamar médio, indicando agravamento do problema do suicídio em mulheres (WHO, 2002). Evidencia-se também tendência de crescimento do suicídio entre mulheres adultas (20 e 49 anos) (SANTOS, 2009).

A diferença acentuada no comportamento autoagressivo entre os sexos tem influenciado o debate sobre a importância da condição de gênero na ocorrência deste evento (MENEGHEL *et al.*, 2004; CANETTO, 2008). Na sociedade patriarcal existe desigualdade na distribuição de poder entre os

gêneros, mantida por meio da educação diferenciada que atribui papéis específicos a homens e mulheres. Esses papéis são naturalizados na cultura (GOMES *et al.*, 2007; SAFFIOTI, 1999; SAFFIOTI, 1992), e as desvantagens ocasionadas pelas desigualdades de gênero podem contribuir para o aumento do suicídio (SHAHMANESH *et al.*, 2009).

Uma das questões norteadoras desta revisão é: Como o suicídio, sendo um fenômeno social, é influenciado pela condição de gênero? O fato de que homens e mulheres sejam socializados segundo normas de gênero faz com que ambos os grupos possam apresentar maior vulnerabilidade à autoagressão quando há falhas ou fragilidades no desempenho destes papéis.

Diante disso, o presente estudo não se propõe a estabelecer fatores causais para o suicídio ou a patologizar o agravo, mas entender se a condição de gênero pode vulnerabilizar um ou outro grupo. Tendo em vista a importância de aprofundar os estudos sobre o suicídio na perspectiva de gênero, realizamos esta revisão compreensiva sobre o tema.

## **Gênero e Suicídio**

Gênero é uma categoria analítica constituinte das relações sociais entre homens e mulheres e tem sido utilizada para explicar a construção e organização social das diferenças de poder entre os sexos (SAFFIOTI, 1999). Ainda pode ser entendida como uma forma de significar as construções culturais e sociais sobre os papéis apropriados para mulheres e homens, ou é uma maneira de caracterizar as origens sociais das identidades de homens e mulheres (SCOTT, 1995).

Gênero ainda pode ser compreendido como uma força social, capaz de produzir desigualdades e iniquidades, que

atravessam outras categorias sociais como classe, raça e idade (MENEGHEL; SAGOT; BAIROS, 2009). A desigualdade de gênero decorre da participação não igualitária das mulheres, em função de sua condição sexual, em uma sociedade que mantém essa desigualdade, acarretando um padrão hierárquico entre homens e mulheres (MENEGHEL *et al.*, 2003).

Os papéis de gênero mantidos através da educação diferenciada permanecem ao longo da vida e são aprendidos através das gerações, aprisionando homens e mulheres em estereótipos fixos e rígidos (MENEGHEL *et al.*, 2012; WINCK; STREY, 2008). Esses papéis orientam as relações estabelecidas pelos indivíduos com a família, com pessoas da comunidade e com outros grupos sociais (MOURA; LEFEVRE; MOURA, 2012). Os papéis de gênero produzem uma complementaridade hierárquica, em que o masculino está destinado ao domínio público, dimensão consolidada na esfera do trabalho, e o feminino fica limitado ao privado, espaço associado ao cuidado da casa e da família (COUTO *et al.*, 2007).

Entretanto, as dificuldades em cumprir os papéis tradicionais de gênero é um fator de sofrimento para homens e mulheres. Os homens inseridos na cultura patriarcal são mais sensíveis aos reveses econômicos como desemprego e empobrecimento que pode levá-los a cogitar em suicídio. A dificuldade em expressar as emoções é outro fator de sofrimento e os homens que agem de acordo com a masculinidade hegemônica, pautada nas noções de racionalidade e autocontrole, são mais vulneráveis (CLEARY, 2012; BRAZ, 2005; MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012).

Esse modelo pressupõe que buscar ajuda para os problemas é uma atitude feminina que implica fraqueza e falta de virilidade, limitando as oportunidades masculinas de procurar

auxílio médico e psicológico (CLEARY, 2012; BRAZ, 2005; SINGH; BANDEWAR; SINGER, 2009). Por sua vez, as mulheres podem apresentar menores frequências de suicídio devido à crenças religiosas e envolvimento social e comunitário. Além disso, as mulheres reconhecem mais precocemente os sinais de depressão e sofrimento mental e apresentam maior disposição em procurar ajuda em momentos de crise (STACK, 2000).

São considerados fatores de risco para o suicídio de mulheres, casamentos precoces e arrançados, gravidez indesejada, aborto, falta de autonomia sexual e reprodutiva, baixa escolaridade e *status* social, poucas oportunidades de trabalho e dependência econômica do cônjuge ou da família extensa, violência doméstica e abuso sexual (BEAUTRAIS, 2006; DREVIES *et al.*, 2011). Incluem-se também problemas com a imagem corporal, como o uso estético de próteses de silicone, bulimia e anorexia (BEAUTRAIS, 2006).

Problematizar o suicídio em uma perspectiva de gênero significa pensar nas formas como homens e mulheres se relacionam sob as prescrições do patriarcado, uma forma de organização social na qual as mulheres estão hierarquicamente subordinadas aos homens. Portanto, aproximar-se das questões ligadas às relações de gênero e os conflitos que se originam nesse contexto, que, por vezes, culminam em situações de violência, contribuem para o debate sobre o suicídio (COUTO *et al.*, 2007). Desse modo, considera-se que as hierarquias de gênero influenciam a ideação, as tentativas e o suicídio de homens e mulheres.

## **Método**

Este texto foi elaborado a partir de uma revisão narrativa da literatura (ROETHER, 2007) realizada por intermédio do levantamento das produções científicas utilizando os descrito-

res “suicide and gender”, “suicide and *woman*”, “suicide gender and health” e “suicide and homosexuality”, nos anos de 1994 a 2011, nas bases de dados PsycInfo, Pubmed, LILACS, IBECOS, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e Scielo. Foram selecionados estudos que problematizaram o suicídio em diferentes áreas, psicologia, medicina, enfermagem e ciências sociais, apresentando diferentes olhares para o agravo.

Primeiramente, foram identificados e examinados todos os resumos dos artigos publicados nos periódicos indexados, sendo selecionados aqueles que discutiam a categoria gênero. Num segundo momento, foram localizados os textos completos destes artigos, visando a identificação de sub-categorias relacionadas a temática abordada. Posteriormente, as sub-categorias foram organizadas, grupadas e discutidas. Os capítulos de livro foram selecionados de acordo com a similaridade com a temática estudada.

Foram selecionados 55 artigos e 14 capítulos de livros que correspondem a estudos sobre suicídio e gênero. São textos que estudaram as características epidemiológicas, demográficas ou culturais do suicídio de acordo com o sexo/gênero e estudos que articulam gênero e suicídio.

Este texto faz parte de uma pesquisa intitulada “É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de Idosos no Brasil e possibilidades de Atuação do Setor Saúde” (MINAYO, 2011) e de dissertações de mestrado (CECCON, 2013; HESLER, 2013) apresentadas ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Não se hierarquizou evidências, mas realizou-se uma exploração de categorias para ampliar a discussão, adotando a perspectiva de gênero. Assim, a partir dessa revisão compreensiva foram elencadas três sub-categorias: gênero e suicídio; diferenças de sexo/gênero; e, masculinidades não hegemônicas e suicídio.

## Resultados e Discussão

Descrevemos os estudos que delinearão o perfil socio-demográfico de homens e mulheres que tentaram e/ou cometeram suicídio e a influência atribuída ao gênero na ocorrência deste agravo. A maior parte dos estudos descreveu os atos de autoagressão em relação a variáveis descritivas: estado civil, idade, profissão, renda, escolaridade, migração e razão de masculinidade. Alguns trabalhos mencionam as diferenças entre os gêneros, embora se atenham preponderantemente a aspectos ligados ao sexo biológico.

### *Diferenças de sexo/gênero*

Foi possível observar, em grande parte dos trabalhos, uma similaridade em relação ao padrão de distribuição entre os sexos. Na maioria dos países, as maiores taxas de suicídio ocorrem entre homens quando comparado com as mulheres (HAQQI, 2008; BOTEAGA *et al.*, 2009; MELLO-SANTOS; BERTOLOTE; WANG, 2005; ADEODATO; CARVALHO; SIQUEIRA, 2005; BAPTISTA; BORGES, 2005; SHIMITT *et al.*, 2008), enquanto elas apresentam mais ideação e tentativas (SÁ *et al.*, 2010; BOTEAGA *et al.*, 2009; MARÍN-LEÓN; BARROS, 2003; ABASSE *et al.*, 2009). A China apresenta uma situação diferente e nela acontece 30% dos suicídios mundiais; a taxa de masculinidade para o suicídio é 0,9 indicando mais mortes femininas que masculinas. O grupo de maior prevalência é o de mulheres jovens e rurais, pobres, com baixa escolaridade e poucas oportunidades de trabalho, representando 30% da população e contribuindo com 50% dos suicídios (YIP; LIU; LAW, 2008).

As mulheres tem se suicidado em idades mais precoces que os homens (BERNARDES, 2010); as taxas mais eleva-

das ocorrem entre os 20 e 30 anos, apresentando tendência de aumento com a idade (BRZOZOWSKI, 2010; WERNECK, 2006; MARÍN-LEÓN; BARROS, 2003; ABASSE *et al.*, 2009; PONCE *et al.*, 2008).

Observaram-se divergências em relação à situação conjugal, sendo encontrados estudos que apresentam maior prevalência entre as mulheres casadas (HAQQI, 2008; HONG *et al.*, 2007; STEFANELLO *et al.*, 2008; KHAN, 2005) e outros que encontraram maior prevalência entre as solteiras (SÁ *et al.*, 2010; SÁNDI, 1995), recém separadas, divorciadas e viúvas (BLUMENTHAL, 2010). Há maior chance de suicídio de mulheres que vivem sozinhas (BOTEGA *et al.*, 2009) e entre mulheres jovens casadas, não sendo o casamento um fator de proteção, principalmente se há subordinação à autoridade do marido, quando as mulheres se casam muito jovens, não possuem autonomia na escolha do marido (casamentos arranjados), nas decisões sobre a vida sexual e reprodutiva e ainda quando há dependência econômica. Aumento nas taxas de divórcios e migração também influenciam a ocorrência do agravo (BLUMENTHAL, 2010).

Em mulheres, observou-se maior prevalência para o ato suicida entre donas de casa, estudantes, aposentadas e com baixa escolaridade (SÁ *et al.*, 2010; BOTEGA *et al.*, 2009; WERNECK, 2006; MARÍN-LEÓN; BARROS, 2003; PONCE *et al.*, 2008; SÁNDI, 1995). No entanto, a pobreza, o desemprego e o estresse econômico podem predispor a população masculina ao suicídio, e os desempregados apresentam taxas maiores que os empregados (STACK, 2000; MENEGHEL *et al.*, 2004). Em um estudo sobre a participação feminina na força de trabalho, considerada indicador de igualdade das mulheres, observou-se o aumento do suicídio em ambos os sexos (FERNQUIST, 1999).

Uma parcela de mulheres que se suicidaram é de migrantes procedentes de zonas rurais, mesmo quando vivem em áreas urbanas no momento do suicídio (HONG *et al.*, 2007). Há poucos estudos sobre mulheres rurais, mas sabe-se que muitas estão submetidas a um rígido controle nas suas vidas, em que se acumulam os papéis de esposas, mães e cuidadoras, além da execução dos trabalhos domésticos e agrícolas. Faria *et al.* (2006) apontaram níveis crescentes de suicídio em trabalhadoras rurais do Rio Grande do Sul.

Em países orientais, mas também no ocidente, a religião pode ser um fator de risco para o suicídio feminino devido ao conflito entre os valores religiosos tradicionais que propugnam às mulheres obediência aos papéis de gênero, em contraposição aos valores propostos na contemporaneidade, promovendo status social igualitário (ZHANG *et al.*, 2010).

Já em comunidades de agricultores germânicos e protestantes o suicídio pode ser influenciado pelo sincretismo cultural entre fé e compromisso social. Se, por um lado, a religião condena o atentado contra a própria vida, por outro, a ética protestante valoriza o justo trabalho, ganho e a honorabilidade quanto ao compromisso social e quando há problemas econômicos a única saída considerada “honrosa” pode ser a morte (SANTOS; RISTOW, 2010).

A aceitabilidade cultural desempenha importante papel na determinação do comportamento suicida. Na Índia, as mulheres viúvas que se imolam juntamente com o marido seguem a crença cultural de que a morte do marido é devida a um erro que a mulher cometeu na vida atual ou anterior. Na Nova Guiné, as viúvas são mortas por parentes do sexo masculino, uma prática que pode ser considerada suicídio, à medida em que elas não têm outra escolha a não ser morrer (CANETTO, 2008).

O método usado para a realização do ato suicida indica contextos e situações marcadas pelo gênero. Desta forma os homens geralmente se enforcam (BAPTISTA; BORGES, 2005; SHIMITT *et al.*, 2008) e em regiões rurais, usam a corda (SHIMITT *et al.*, 2008) ou armas de fogo, indicando concepções de masculinidade onde se destaca a virilidade e o machismo. As mulheres se suicidam principalmente usando medicamentos: psicotrópicos, sedativos e pesticidas (BOTEGA *et al.*, 2009; WERNECK, 2006; PONCE *et al.*, 2008; STEFANELLO *et al.*, 2008; SÁNDI, 1995; LEAL, 1997; MACENTE; SANTOS; ZANDONADE, 2009; DIEHL; LARANJEIRA, 2009). A literatura mostra que o uso de substâncias químicas anterior ao episódio, especialmente medicamentos psicoativos, drogas e álcool está fortemente relacionado com suicídio em mulheres (SÁ *et al.*, 2010; WERNECK, 2006; PONCE *et al.*, 2008; HONG *et al.*, 2007). O envenenamento por pesticida acontece em regiões agrícolas em várias partes do mundo. Assim, fatores sociais e econômicos como mudanças nos papéis sociais masculinos e femininos podem contribuir para o aumento do suicídio (BLUMENTHAL, 2010).

### ***Masculinidades não hegemônicas e suicídio***

Esta seção aborda *como* e *porque* o exercício de masculinidades não hegemônicas vulnerabilizam ao suicídio. Segundo Connell (1995, 1997, 2003), as diferentes expressões de masculinidade não ostentam a mesma aceitação e privilégio na sociedade e há diferentes relações de poder entre elas. Existe uma hierarquia que ordena os modos de exercer a masculinidade, e a dupla premissa que orienta essa construção hierárquica é a dominação dos homens sobre as mulheres e a dominação dos homens sobre outros homens (SEFFNER, 1996).

No topo desta hierarquia está a masculinidade hegemônica, que é caracterizada por um conjunto de características que permite exercer domínio sobre outras masculinidades e sobre feminilidades. Abaixo, em termos de poder, estão os homens portadores de atributos que os situam no grupo de masculinidades subordinadas ou não hegemônicas. São homens com características não valorizadas socialmente, e que se opõem a atributos da hegemonia. A masculinidade homossexual é um exemplo, embora desfrute de visibilidade e garantias legais na sociedade atual, representa ainda um alvo de discriminação (CONNELL, 2003).

A partir da difusão dos discursos médicos, a heterossexualidade tornou-se compulsória introduzindo a desvalorização de pessoas que não seguem a esta normatização gerando estigmatização, preconceito e homofobia (ERIBON; HABOURY, 2003; GOFFMAN, 1988). Os homossexuais masculinos são vitimizados, pois ocupam o mesmo posto das mulheres na posição de submissão e são vistos como “efeminados”, deixando de fazer parte do universo viril. Da mesma maneira, as mulheres homossexuais são vitimizadas, já que deixam de cumprir a função feminina aceita como dominante (BORRILLO, 2000).

Essa discriminação acarreta baixa autoestima e imagem negativa do corpo, depressão, vergonha, raiva, projeção de preconceitos em outro grupo-alvo, tendência de permanecer em relacionamentos abusivos, práticas sexuais inseguras, uso de substâncias (drogas, medicamentos e álcool) e suicídio (BLUMENFELD, 1992; ISAY, 1998; HARDIN, 2000).

O suicídio em homossexuais pode ser a última alternativa para lidar com o sofrimento resultante da rejeição social (MARCUS, 1995; CASSORLA, 1998a; 1998b). Pesquisas apontam maiores taxas de suicídio em homossexuais, que também apresentam maior frequência de ideação e tentativas

(BONTEMPO; D'AUGELLI, 2002). As maiores taxas de ideação suicida em pessoas homossexuais ocorrem em países anglo-saxônicos (SKEGG, 2003; LOCK, 1999; MCANDREW, 2004). No Reino Unido, 31% dos homossexuais masculinos tentaram suicidar-se (WARNER *et al.*, 2004); nos Estados Unidos, os homossexuais representam um terço do total dos suicídios (PAUL GIBSON, 1989). No Brasil, observou-se prevalência de 38% de ideação e 20% de tentativa de suicídio em pessoas homossexuais, com prevalência três vezes maior que os heterossexuais (TEIXEIRA-FILHO, 2012).

Acreditamos que adotar a perspectiva de gênero para entender as diferenças na prevalência da violência auto-infligida pode representar uma possibilidade de ampliar a compreensão deste problema. As desigualdades e hierarquias de poder entre homens e mulheres têm produzido subordinação e heteronomia entre mulheres e homens que exercem masculinidades não hegemônicas ou que se encontram em situação de fragilidade de gênero. Essa situação os torna mais vulneráveis e menos capazes de cuidarem de si, podendo induzir a comportamentos de auto-agressão: ideação, tentativas e suicídio consumado.

## Referências

ABASSE, M. L. F. et al. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.407-16, 2009.

ADEODATO, V. G. et al. Violência contra a mulher no Ceará. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 108-13, 2005.

BAPTISTA, M. N.; BORGES, A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. **Estudos de Psicologia I Campinas I**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 425-431, 2005.

BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 26, n. 7, p.1366-1372, 2010.

BEAUTRAIS, A. L. Women and suicidal behavior. Crisis, Buenos Aires, v. 27, n. 4, p. 153-56, 2006.

BLUMENFELD, W. J. Internalized homophobia: from denial to action – an interactive workshop. In: BLUMENFELD, W. J. (Ed.). **Homophobia**: how we all pay the price. Boston: Beacon Press, 1992. Tradução R. P. Silva. Disponível em: <<http://homofobia.com.sapo.pt/internalizada.html>>. Acesso em: 06 jul. 2005.

BLUMENTHAL, S. **Suicide and gender**. Disponível em: [http://susan-blumenthal.org/wp-content/uploads/2010/04/Susan-Blumenthal-Suicide\\_and\\_Gender.pdf](http://susan-blumenthal.org/wp-content/uploads/2010/04/Susan-Blumenthal-Suicide_and_Gender.pdf). Acesso em: 18 de abr. 2011.

BOTEGA, J. N. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, 2009.

BONTEMPO, D. E.; D'AUGELLI, A. R. Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. **Journal of Adolescent Health**. New York, v. 30, n. 5, p. 364-74, 2002.

BORRILLO, D. L. **Homophobia**. Paris: Presses Universitaires de France, 2000.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2007. Uma análise de situação de saúde. **Mortalidade por suicídio. Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: Reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-104, 2005.

BRZOZOWSKI, F. S; SOARES, B.G; BENEDET, J; BOING, A. F; PERES, M. A. Suicide time trends in Brazil from 1980 to 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1293-1302, 2010.

CANETTO, S. Women and Suicidal Behavior.: a cultural analysis. **American J of Orthopsychiatry**, Menasha, v. 78, n. 2, p. 259-266, 2008.

CASSORLA, R. M. S. Considerações sobre o suicídio. In: CASSORLA, R. M. S. (Org.). **Do suicídio: estudos brasileiros**. 2. ed. Campinas: Papirus, 1998a. p. 17-26.

CASSORLA, R. M. S. Comportamentos suicidas na infância e na adolescência. In: CASSORLA, R. M. S. (Org.). **Do suicídio: estudos brasileiros**. 2. ed. Campinas: Papirus, 1998b. p. 61-87.

CECCON, R.F. **Mulheres que vivem com hiv**: Violência de gênero e ideação suicida. 95f. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

CLEARY, A. Suicidal action, emotional expression and the performance of masculinities. *Soc Sci Med*, New York, v. 74, n. 4, p. 498-505, 2012.

CONNELL, R. W. **Masculinidades**. UNAM/PUEG, México, 2003.

CONNELL, R. W. Políticas da Masculinidade. **Revista Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, 185-206, jul/dez. 1995.

CONNELL, R. W. La organización social de la masculinidad. In.: VALDÉS, T; OLAVARRÍA, J. **Masculinidad/es, poder y crisis**. Chile: Flacso, 1997.p. 31-48.

COUTO, M. T. et al. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. 1, p. 1323-1332, 2007.

DIEHL, A; LARANJEIRA, R. Suicide attempts and substance use in an emergency room sample. **JBras Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 86-91, 2009.

DREVIES, K; WATTS, C; YOSHIHAMA, M; KISS, L; SCHRAIBER, L. B. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. **Social Science and Medicine**, New York, v. 73, p. 79-86, 2011.

DURKHEIM, E. **O Suicídio**. 3. ed. Lisboa, Portugal: Editorial Presença, 1982.

ERIBON, D.; HABOURY, F. (Org.). **Dictionnaire des cultures gay et lesbiennes**. Paris: Editions Larousse, 2003.

FARIA, N. M. X.; et al. Suicide rates in the state of Rio Grande do Sul, Brazil: association with socioeconomic, cultural and agricultural factors. **Caderno Saude Publica**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2611-21, 2006.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GOMES, N. P. et al. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 504-8, 2007.

HAQQI, S. et al. Suicide and Domestic Violence: Could There Be a Correlation? **Medscape J Med**, New York, v.10, n.12, p.287, 2008.

HARDIN, K. N. **Autoestima para homossexuais** – um guia para o amor-próprio. Tradução de D. Kleve. São Paulo: GLS, 2000.

HESLER, L.Z. **Suicídio em municípios do sul do Brasil**: Um enfoque de gênero. 2013. 117f. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

HONG, Y; LI, X; FANG, X; ZHAO, R. Correlates of Suicidal Ideation and Attempt Among Female Sex Workers in China. **Health Care Women Int**, v. 28, n. 5, p. 490–505, 2007.

ISAY, R. A. **Tornar-se gay, o caminho da auto-aceitação**. São Paulo: GLS, 1998.

KHAN, M. A prevenção do suicídio e países em desenvolvimento. **J R Soc Med**, v. 98, p. 459–463, 2005.

LEAL, O. F. Suicídio y Honor en la Cultura Gaúcha. **Ediciones de Las Mujeres Masculinidades Poder y Crises**, v. 24, p. 113-124, 1997.

LOCK, J; STEINER, H. Gay, lesbian, and bisexual youth risks for emotional, physical, and social problems: results from a community-based survey. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 38, p. 297-304, 1999.

MACENTE, L. B; SANTOS, E. G; ZANDONADE, E. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura Pomerana no interior do estado do Espírito Santo. **J Bras Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 238-244, 2009.

MARCUS, E. **Why suicide? Answers to 200 of the most frequently asked questions about suicide, attempted suicide, and assisted suicide.** San Francisco: Harper San Francisco, 1995.

MARÍN-LEÓN, L; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.37, n.3, p.357-363, 2003.

MCANDREW, S; WARNE, T. ignoring the evidence dictating the practice: sexual orientation, suicidality and the dichotomy of the mental health nurse. **J Psychiatr Ment Health Nurs**, v. 11, p. 428-34, 2004.

MELLO-SANTOS, C; BERTOLOTE, J. M; WANG, Y. P. Epidemiologia do suicídio no Brasil (1980 - 2000): caracterização das taxas de suicídio por idade e gênero. **Rev Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, 131-4, 2005.

MENEGHEL, S. N. et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 955-963, 2003.

MENEGHEL, S. N. et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 804-10, 2004.

MENEGHEL, S. N.; SAGOT, M.; BAIROS, F. Práticas discursivas, gênero e sofrimento emocional. In: MENEGHEL, S.N. **Rotas Críticas II: Ferramentas para trabalhar com a violência de gênero.** Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009. p. 52-63.

MENEGHEL, S. N. et al. Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1983-1992, 2012.

MINAYO, M. C. S.; MENEGHEL, S. N.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2665-2674, 2012.

MINAYO MCS, CAVALCANTE FG. **É possível prevenir a antecipação do fim?** Suicídio de Idosos no Brasil e possibilidades de Atuação do Setor Saúde. [Projeto de pesquisa]. Rio de Janeiro: CLAVES, Fiocruz; 2010.

MOURA, L. B. A.; LEFEVRE, F.; MOURA, V. Narrativas de violências praticadas por parceiros íntimos contra mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1025-1035, 2012.

PAUL GIBSON, L. C. S. W. Gay male and lesbian youth suicide. In: REMAFEDI, G. **Death by denial**. Studies of suicide in gay and lesbian teenagers. Boston, Massachusetts: Alyson Publications, 1989. p. 15-68.

PONCE, J. C. et al. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. **Rev. Psiq. Clínica**, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 13-16, 2008.

ROTHER E. T. Revisão sistemática X Revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem** [editorial], São Paulo, v. 20, n. 2, vi, 2007.

SÁ, N. N. B. et al. Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. **Rev Med Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 20, n. 2, p. 145-152, 2010.

SAFFIOTI, H. I. B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo Perspec.** São Paulo, v.13, n. 4, p. 82-91, 1999.

SAFFIOTI, H. I. B. Rearticulando gênero e classe social. In: Costa AO, Bruschini C. (Orgs.) **Uma Questão de gênero**. São Paulo ; Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

SÁNDI, G. F. El suicidio en la población femenina en Costa Rica. 1983-1993. **Med. leg. Costa Rica**, Heredia, v. 2, n. 1, p. 11-12, 1995.

SANTOS, A.S. et al. Prevalência de Transtornos Mentais nas Tentativas de Suicídio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.9, p.2064-2074, 2009.

SANTOS, J. C.; RISTOW, M. R. Suicídios: fato social e desenvolvimentismo na base dos atentados contra a vida. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 10, n. 2, p. 563-576, 2010.

SAVIN-WILLIAMS, R. C. "Verbal and physical abuse as stressors in the lives of sexual minority youth: Associations with school problems, running away, substance abuse, prostitution, and suicide". **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, DC, v. 62, n. 2, p. 261-69, 1994.

SAVIN-WILLIAMS, R. C. Suicide attempts among sexual-minority youth: population and measurement issues. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, London, v. 69, n. 6, 2001b, p. 983-91.

SAVIN-WILLIAMS, R. C. Who's Gay? Does it matter? **Association for Psychological Science**, Washington, DC, v. 15, n. 1, 2006, p. 40-44.

SCOTT, J. Gênero: categoria útil de análise histórica. **Educação e realidade**. Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SEFFNER, F. Derivas da Sexualidade Masculina. Educação, **Subjetividade & Poder**, v. 3, p. 75-83, 1996.

SHAHMANESH, M. et al. Suicidal behavior among female sex workers in Goa, India: the silent epidemic. **Amer J Public Health**, New York, v. 99, n. 7, p. 1239-1246, 2009.

SHIMITT, R. et al. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Rev Psiquiatr RS**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 115, 2008.

SINGH, J. A.; BANDEWAR, S.; SINGER, P. A. Sex, gender, and health biotechnology: points to consider, **BMC International Health and Human Rights**, London, p. 9-15, 2009.

SKEGG, K. et al. Sexual orientation and self-harm in men and women. **Am J Psychiatry**, Arlington, v. 160, p. 541-6. 2003.

STACK, S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature Part I: cultural and economic factors. **Life Threaten Behav**, New York, v. 30, p. 145- 62, 2000.

STEFANELLO, S. et al. Gender differences in suicide attempts, preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. **Rev Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 139-43, 2008.

TEIXEIRA-FILHO, F. S; RONDINI, C. A. Ideações e Tentativas de Suicídio em Adolescentes com Práticas Sexuais Hetero e Homoróticas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.3, p.651-667, 2012.

WARNER, J. et al. Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women: results from a survey based in England and Wales. **Br J Psychiatry**, London, v. 185, p. 479-85, 2004.

WERNECK, G. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2201-6, 2006.

WINCK, G. E.; STREY, MN. “A voz mais alta, mas na hora certa”: a naturalização da violência de gênero enquanto recurso legitimado ao homem. **Revista Ártemis**, João Pessoa, v. 9, p. 113-133, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002.

ZHANG, J. et al. Characteristics of Young rural Chinese suicides: a psychological autopsy study. **Psychol Med**; London, v. 40, n. 4, p. 581-589, 2010.

YIP, P.S.F.; LIU, K.Y.; LAW, C.K. Years of life lost from suicide in China, 1990-2000. **Crisis**, Buenos Aires, v. 29, n. 3, p. 131-136, 2008.

# Notificação de maus tratos em crianças e adolescentes pelos profissionais da atenção básica nas regiões de saúde no sertão central cearense

José Reginaldo Pinto  
Gracyelle Alves Remigio Moreira  
Ivna Zaira Figueredo da Silva  
Geisy Lanne Muniz Luna  
Juliana Guimarães e Silva  
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

## Introdução

A violência contra criança e adolescentes diz respeito as causas acidentais e intencionais. No entanto, quando falarmos de maus tratos contra este grupo específico, nos referimos a violência intencional sob a forma de negligência ou abandono, abuso físico, sexual e psicológico em distintos momentos e em acordo com aspectos culturais, negando-as o direito de serem tratadas como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. Pode-se manifestar por diferentes tipologias e tem impacto no âmbito da saúde, do bem-estar social, da educação e dos direitos destas pessoas (BRASIL, 2010; HORTA *et al.*, 2010; ZERK; MERTIN; PROEVE, 2009).

A violência é na verdade um problema social que acompanha toda a história e as transformações da humanidade, diz-se resultante de determinantes de convivência de grupos e de estruturas sociais, desta forma a família, com sua dinâmica de convívio, pode representar tanto uma estrutura protetora quanto um grupo social de risco tendente a violência (HORTA *et al.*, 2010).

Diante da realidade, várias políticas de gestão foram implantadas, e continuam sendo implementadas, construindo uma rede intersetorial, que diagnostique e tenha poder de enfrentamento. A materialização desta rede ocorreu com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sancionado pela Lei nº 8.069, de 13/07/1990, reconhecendo as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e cidadania (DESLANDES *et al.*, 2011) e dispondo sobre a obrigatoriedade da denúncia de mera suspeita ou confirmação de vitimização de violência em crianças e adolescentes às autoridades competentes (ANDRADE *et al.*, 2011). Após uma década, é lançada a Portaria nº1.968 como ferramenta para a tomada de decisão, tratando da notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes e contribui com a elaboração do perfil epidemiológico destes agravos (LEITE *et al.*, 2006; BANNWART; BRINO, 2011).

Dados da Vigilância Contínua de 2010 apontaram que dos 5.565 municípios brasileiros 44,9% estão notificando a violência. Na região Nordeste, verificou-se notificação em 14,8% dos municípios, enquanto o Ceará, perfaz 18,5% de municípios notificantes. As tipologias mais registradas (n=886) no Ceará foram: os atendimentos decorrentes de violência física (56,6%), seguidos dos eventos decorrentes de violência psicológica/ moral (31,0%) e violência sexual (12,3%) (BRASIL, 2011a).

Muitos autores assumem que a falta de notificação da violência infantil mais particularmente na Estratégia Saúde da Família (ESF) ocorre por inúmeros motivos, como: falta de conhecimento do profissional para manejar o processo de notificação, já que a questão não tem sido tratada na maioria dos currículos de graduação; receio do envolvimento em conflitos judiciais, impedindo-os de tomar atitudes que auxiliem as víti-

mas; a ameaça do agressor aos profissionais e perda do vínculo com as famílias assistidas (longitudinalidade); oscilação entre a crença e a descrença da resolubilidade dos casos; sobrecarga de trabalho, que os impedem de oferecer um atendimento humanizado, voltados à integralidade da assistência prestada e influências culturais (ARPINI *et al.*, 2008; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; BANNWART; BRINO, 2011).

Lima et al (2011) acentuam em seus estudos que para enfrentar a subnotificação da violência o sistema de saúde deve estar articulado em Redes de Proteção que asseguram encaminhamentos e seguimentos dos casos diagnosticados. No entanto, ainda transparece nos serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que as redes de contensão à violência contra crianças e adolescentes continua com nós desatados dentro dos espaços territoriais. Outros autores priorizam, além das Redes de Atenção, o trabalho interdisciplinar e intersetorial (MARTINS; JORGE, 2009; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; LIMA *et al.*, 2011).

Diante de toda essa problemática que trata da subnotificação da violência contra criança e adolescente pelos profissionais que compõe a equipe da Estratégia Saúde da Família, elaborou-se este estudo que pretende analisar a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes a partir da prática de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, nas Regiões de Saúde do Sertão Central e Centro-Sul do Estado do Ceará.

Várias indagações ainda necessitam ser esclarecidas com essa investigação, respondendo as seguintes discussões: será que os profissionais da ESF notificam maus-tratos em crianças e adolescentes ao se depararem com esses casos e utilizam a rede de seguimento e encaminhamento das vítimas? Quais os principais entraves para não consumir o ato notificador?

Esta pesquisa dá continuidade “a teia” de investigação sobre maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado do Ceará, ampliando a visualização dos resultados nos municípios que integram as Regiões de Saúde do estado, possibilitando uma análise mais abrangente do tema e o modo como esse processo se operacionaliza.

## **Método**

Trata-se de um estudo transversal, realizado nas Regiões de Saúde de Canindé, Tauá, Quixadá, Icó e Iguatu, pertencentes ao Sertão Central e Centro-Sul Cearense, no período de fevereiro a julho de 2012. Essas Regiões de Saúde abrangem uma população total de 1.093.034 habitantes, compondo-se de 37 municípios, o que representa 20,1% do total de municípios desse estado.

A atenção à Saúde no Ceará atualmente é organizada em Regiões de Saúde de modo a atender aos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Esta divisão é uma resposta ao princípio da descentralização proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e à necessidade de organização e conformação da rede de atenção à saúde, de acordo com o Decreto 7.508, firmado por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012; CEARÁ, 2012).

Participaram do estudo médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que atuavam na Estratégia Saúde da Família (ESF) dos municípios que agregam as Regiões pesquisadas. Constituiu-se como critério de exclusão o fato do profissional está ausente por falta, férias ou licença no momento da coleta de dados.

A população foi constituída de 303 médicos, 303 enfermeiros e 217 cirurgiões-dentistas, totalizando 823 profissionais. Os instrumentos de coleta de dados foram enviados a estes profissionais, configurando a pesquisa o caráter censitário. Destes, o estudo registrou 218 devoluções, o que perfaz 26,5% da população, distribuídos em: 32 médicos, 156 enfermeiros e 30 cirurgiões-dentistas, com a participação de 26 municípios.

A representatividade de profissionais da ESF que expressaram suas respostas no instrumento de coleta de dados foi reduzida em relação à população total do estudo. Somente a categoria de enfermeiros destacou-se entre aqueles que mais tiveram o desejo de diagnosticar a notificação de maus tratos infantis nas unidades em que atuavam. Talvez esse indício tenha impacto sobre o interesse desses profissionais pela temática, ou seja, relativo a outros fatores como o medo de se expor, apesar do anonimato, quando forneciam contribuições aos questionamentos da investigação.

A maior propensão da categoria de enfermeiros como respondentes nesse estudo ocasionou uma limitação do diagnóstico da pesquisa. No entanto, demonstra como está conformada a composição das equipes nas Regiões de Saúde investigadas, sobretudo decorrente da rotatividade dos profissionais que trabalham na ESF, deixando-as incompletas.

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário composto por 32 questões fechadas. Os instrumentos foram encaminhados para a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) e deste órgão eles foram repassados às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), as quais enviaram o instrumento às Secretarias Municipais de Saúde, que por sua vez, entregaram aos profissionais em foco da ESF.

O retorno dos dados seguiu o fluxo inverso da entrega dos questionários, até a chegada na SESA. Estipulou-se um prazo de 120 dias para devolução, não tendo sido atendido pela maioria dos municípios. Esse fato levou o pesquisador a acompanhar a entrega dos referidos questionários semanalmente, via meios de comunicação, sendo necessário, para esse fim, contatos telefônicos diretamente com os Coordenadores da Atenção Básica de cada município, com intuito de estimular os profissionais a responderem o instrumento de coleta.

Estabeleceu-se como variável dependente a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes; como variáveis independentes: profissão; sexo; idade; estado civil; tempo de formado; pós-graduação; tempo de trabalho na ESF; participou de treinamento; conhece o ECA; conhece a ficha de notificação; unidade de saúde possui a ficha de notificação; confia nos órgãos de proteção; sabe para onde encaminhar os casos; medo de envolvimento legal; lê sobre a temática; assunto é discutido no trabalho; vantagem instituir a ficha na atenção básica. A variável faixa etária foi estratificada com base na média de idade dos participantes.

Os dados foram organizados e digitados no programa SPSS (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), versão 16.0, e analisados no programa STATA (Stata Corp LP, College Station, TX 77845, USA), versão 11.0. Para analisar a associação entre o desfecho e as variáveis preditoras, empregou-se o teste Exato de Fisher, ao nível de significância de 95%. Seguiram-se a estas análises os procedimentos de modelagem múltipla por meio de regressão logística, incluindo no modelo todas as variáveis preditoras que mostraram associação ao desfecho com significância  $p < 0,25$ . Permaneceram no modelo múltiplo as variáveis ao nível de significância  $p < 0,05$ . A força de associação entre as variáveis preditoras e desfecho foi expressa em valores

estimados de odds ratios (OR) brutos e ajustados, com intervalo de confiança de 95%.

Esta pesquisa encontra-se aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR –, sob o parecer 072/2007, com registro no coética 07-087.

## Resultados

As características dos participantes revelam a prevalência de enfermeiros (71,6%), com média de idade de 32 anos (DP± 8,6), do sexo feminino (72,0%), de não casados (56,0%), com menos de dez anos de formado (57,3%), com pós-graduação na área de saúde coletiva/pública (41,3%) e com menos de cinco anos de trabalho na ESF (62,4%).

Dentre os respondentes, prevaleceu a não participação de treinamento específico sobre violência contra crianças e adolescentes (75,7%), relataram que a UBS não possuía a ficha de notificação (55,5%), referiram não ler sobre a temática (65,6%) e afirmaram que o assunto não é discutido no ambiente de trabalho (56,9%) (Tabela 1).

A maior parte dos profissionais conhece o ECA (80,3%), a ficha de notificação (54,1%), confia nos órgãos de proteção à criança e ao adolescente (70,6%), não tem medo de envolvimento legal com a notificação (59,6%), sabe para onde encaminhar os casos (66,5%) e acha vantagem instituir a ficha de notificação na atenção básica (89,4%). Quanto à identificação e à tomada de decisão frente a casos de maus-tratos, 63,8% não identificaram situações de maus-tratos na sua prática profissional. Dos 36,2% que já tinham identificado algum caso, 51,9% não notificaram as ocorrências e 48,1% realizaram tal procedimento (Tabela 1).

**Tabela 1** – Características sobre instrumentação e conhecimento de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas frente a maus-tratos em crianças e adolescentes. Canindé, Quixadá, Tauá, Iguatu e Icó, Ceará, Brasil, 2012 (N=218).

Variáveis	Médico		Enfermeiro		Dentista		Total	
	(n = 32)		(n = 156)		(n = 30)		(n = 218)	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Participou de treinamento na área								
Sim	05	2,3	45	20,6	03	1,4	53	24,3
Não	27	12,4	111	50,9	27	12,4	165	75,7
Conhece o ECA da Criança/adolescente								
Sim	25	11,5	134	61,5	16	7,3	175	80,3
Não	07	3,2	22	10,1	14	6,4	43	19,7
Conhece a ficha de notificação								
Sim	17	7,7	98	45,0	03	1,4	118	54,1
Não	15	6,9	58	26,6	27	12,4	100	45,9
UBS possui ficha de notificação								
Sim	09	4,1	79	36,3	09	4,1	97	44,5
Não	23	10,6	77	35,3	21	9,6	121	55,5
Confia nos órgãos de proteção								
Sim	25	11,4	107	49,1	22	10,1	154	70,6
Não	07	3,2	49	22,5	08	3,7	64	29,4
Tem medo de envolvimento legal								
Sim	05	2,3	74	33,9	09	4,2	88	40,4
Não	27	12,4	82	37,6	21	9,6	130	59,6
Sabe encaminhar os casos								
Sim	17	7,8	113	51,8	15	6,9	145	66,5
Não	15	6,9	43	19,7	15	6,9	73	33,5
Lê sobre a temática								
Sim	09	4,1	55	25,2	11	5,1	75	34,4
Não	23	10,6	101	46,3	19	8,7	143	65,6
Assunto discutido na UBS								
Sim	09	4,1	76	34,9	09	4,1	94	43,1

Não	23	10,6	80	36,7	21	9,6	124	56,9
Vantagem instituir notificação na AB* (N=243)								
Sim	30	13,8	138	63,2	27	12,4	195	89,4
Não	02	0,9	18	8,3	03	1,4	23	10,6
Identificou casos de maus-tratos								
Sim	16	7,3	57	26,1	06	2,8	79	36,2
Não	16	7,3	99	45,5	24	11,0	139	63,8
Notificou o caso								
Sim	11	14,0	27	34,1	00	0,0	38	48,1
Não	05	6,3	30	38,0	06	7,6	41	51,9

\*Nota: AB - Atenção Básica/ Note: Primary Care.

Na tabela 2, as variáveis (profissão, sexo, idade, estado civil, tempo de formado, pós-graduação e tempo de trabalho na ESF) não apresentaram associação com o desfecho ( $p > 0,05$ ). O perfil dos profissionais que notificaram maus-tratos em crianças e adolescentes foi: enfermeiro, sexo feminino, idade entre 21 e 32 anos, não casado, tempo de formado de até 10 anos, pós-graduação em áreas específicas e tempo de trabalho na ESF de até 10 anos.

**Tabela 2** – Análise bivariada entre notificação de maus-tratos, dados sociodemográficos e formação profissional. Canindé, Quixadá, Tauá, Iguatu e Icó, Ceará, Brasil, 2012 (N=79).

Variáveis	Notificou casos de maus-tratos (n = 79)					
	Sim		Não		Não Ajustada	P
	n	%	n	%	OR (IC95%)	
Profissão						
Médico/Dentista	11	28,9	11	26,8		
Enfermeiro	27	71,1	30	73,2	0,9 (0,29-2,70)	0,833
Sexo						
Masculino	12	31,6	12	29,3		
Feminino	26	68,4	29	70,7	0,89 (0,30-2,61)	0,823
Idade (em anos)						
21 – 32	22	57,9	24	58,5		
> 32	16	42,1	17	41,5	1,02 (0,38-2,76)	0,953
Estado Civil						
Casado	18	47,4	18	43,9		0,757
Não casado	20	52,6	23	56,1	1,15 (0,43-3,06)	
Tempo de formado						
Até 10 anos	31	81,6	29	70,7		
Acima de 10 anos	07	18,4	12	29,3	0,54 (0,15-1,76)	0,259
Pós-Graduação						
Saúde Pública/Coletiva	11	39,3	17	54,8		0,232
Áreas Específicas	17	60,7	14	45,2	0,53 (0,16-1,69)	
Tempo de trabalho na ESF						
Até 10 anos	34	89,5	32	78,0		
Acima de 10 anos	04	10,5	09	22,0	0,41 (0,08-1,70)	0,171

Participar de treinamento sobre a temática, conhecer o ECA, conhecer a ficha de notificação, unidade de saúde ter a ficha, confiar nos órgãos de proteção à criança e ao adolescente e saber para onde encaminhar os casos apresentaram associa-

ção estatisticamente significante com a notificação ( $p < 0,05$ ) (Tabela 3).

Na análise multivariada permaneceram associados positivamente ao ato de notificar, a unidade de saúde ter a ficha de notificação, confiar nos órgãos de proteção e saber para onde encaminhar. Ao observar o modelo logístico final, há mais chance de o profissional notificar casos de maus-tratos em crianças e adolescentes se a unidade de saúde possuir a ficha (15,0 vezes mais que aqueles em que a unidade não tem); se confiar nos órgãos de proteção (6,82 vezes mais que a chance daqueles que não confiam) e se o profissional souber para onde encaminhar os casos (9,55 vezes mais que os que não sabem para onde encaminhar) (Tabela 3).

**Tabela 3** – Fatores associados à notificação de maus-tratos em criança e adolescentes. Canindé, Quixadá, Tauá, Iguatu e Icó, Ceará, Brasil, 2012 (N=79).

Variáveis	Notificou maus-tratos (n = 79)							
	Sim		Não		Não Ajustada		Ajustada	
	N	%	n	%	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Sofreu maus-tratos na infância								
Sim	07	18,4	03	7,3	2,86 (0,58-18,3)	0,138	1,11 (0,08-14,1)	0,930
Não	31	81,6	38	92,7				
Participou de treinamento								
Sim	15	39,5	06	14,6	3,80 (1,16-13,5)	<b>0,012</b>	0,80 (0,11-5,86)	0,831
Não	23	60,5	35	85,4				
Conhece o ECA*								
Sim	34	89,5	29	70,7	3,51 (0,91-16,3)	<b>0,038</b>	3,88 (0,67-22,4)	0,130
Não	04	10,5	12	29,3				
Conhece a ficha de notificação								
Sim	32	84,2	16	39,0	8,33 (2,58-29,2)	<b>&lt;0,001</b>	4,56 (0,88-23,4)	0,069
Não	06	15,8	25	61,0				
Ficha de notificação na UBS**								
Sim	30	78,9	10	24,4	11,6 (3,62-38,5)	<b>&lt;0,001</b>	15,0 (4,15-54,2)	<b>&lt;0,001</b>
Não	08	21,1	31	75,6				
Confia nos órgãos de proteção								
Sim	32	84,2	23	56,1	4,17 (1,30-14,6)	<b>0,006</b>	6,82 (1,65-28,1)	<b>0,008</b>
Não	06	15,8	18	43,9				
Sabe para onde encaminhar								
Sim	34	89,5	24	58,5	6,02 (1,64-27,0)	<b>0,001</b>	9,55 (2,03-44,7)	<b>0,004</b>
Não	04	10,5	17	41,5				
Tem medo de envolvimento legal								
Sim	24	63,2	20	48,8				
Não	14	36,8	21	51,2	1,8 (0,66-4,88)	0,198	3,34 (0,87-12,8)	0,077
Lê sobre a temática								
Sim	14	36,8	10	24,4	1,80 (0,61-5,39)	0,229	3,64 (0,72-18,2)	0,115
Não	24	63,2	31	75,6				
Assunto é discutido no trabalho								
Sim	22	57,9	17	41,5	1,94 (0,72-5,23)	0,144	0,29 (0,05-1,70)	0,173
Não	16	42,1	24	58,5				
Conhece instituição assiste à vítima								
Sim	06	15,8	10	24,4	0,58 (0,15-2,03)	0,341		
Não	32	84,2	31	75,6				
Acha vantagem instituir a ficha								
Sim	35	92,1	36	87,8	1,62 (0,28-11,1)	0,526		
Não	03	7,9	05	12,2				

## Discussão

A explanação panorâmica dos dados, quando trata das evidências sociodemográficas apresentadas, revela a predominância do sexo feminino entre os participantes deste estudo e comprova que esses achados são compatíveis com outros que vêm revelando, entre algumas tendências do mercado de trabalho em saúde, a feminilização das profissões (GIL, 2005; SILVA, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Foi possível avistar que os profissionais tinham menos de dez anos de conclusão dos seus respectivos cursos de graduação e estavam atuando, em suas equipes, por igual período. No que se refere à idade, constatou-se que os entrevistados encontravam-se na faixa etária caracterizada como uma população de adultos jovens (GIL, 2005).

Ao relacionar o estado conjugal entre as variáveis, descortinou-se que os solteiros foi o que mais despontou entre os sujeitos envolvidos. Os profissionais jovens e solteiros também foram uma característica marcante nesta investigação endossando a literatura (MENDONÇA *et al.*, 2010; SILVA, 2011) que discorre sobre o assunto.

Quando questionados sobre a qualificação técnica após a formação dos participantes, Oliveira et al (2012) pontuam que a educação permanente mantém estreita relação entre o processo formativo e o processo de trabalho em saúde, porém observa-se hoje que a maioria das disciplinas da saúde não contempla em seus currículos e programas de educação continuada à formação e o treinamento dos aspectos relacionados com a violência. Por isso, os profissionais de saúde não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas (LEITE, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2012).

A forma de educação permanente das equipes da ESF, na maioria das vezes, é realizada por atividades de curta duração, baseadas em intervenções isoladas e pontuais, utilizando metodologias centradas nos professores e com ênfase na transmissão de conhecimentos. Essas microintervenções educacionais são ineficazes e apresentam altos custos diretos e indiretos pelo tempo subtraído constantemente do trabalho dos profissionais nas unidades da ESF (MENDES, 2012).

Ao tecer comentário sobre a instrumentalização dos serviços desses profissionais e associá-lo a prática da notificação de maus-tratos em crianças/adolescentes, a qualificação dos participantes em relação ao assunto mostrou-se incipiente. Assim, apareceram indicativos de que esses profissionais nunca tinham sido treinados sobre como abordar os casos de maus-tratos em suas unidades, o que foi corroborado pela relação de significância estatística.

Apesar de considerar o esforço do setor saúde em recomendar as ações e práticas de diagnóstico, tratamento e prevenção de violência doméstica e a fixação de diretrizes referentes à capacitação de recursos humanos em relação à implementação da política específica, as modificações curriculares nesta direção ainda são lentas, pontuais e pouco conhecidas (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Sobre a revelação que comenta o conhecimento do ECA pelos entrevistados e da ficha de notificação, achando vantajoso instituir a ficha na ESF, induziu a argumentar que os participantes têm consciência de que o ato de notificar é obrigatório, como prática dos serviços. Apesar de terem conhecimento sobre o Estatuto, não foi questionado se os profissionais já o tinham lido, pois se encontrou respostas divergentes sobre o acesso a esse instrumento jurídico que respalda a notificação da violência em crianças.

Diante da contextualização do fenômeno atual da violência doméstica na atenção primária encontrada pelos profissionais de saúde, percebe-se que o problema está além da capacitação dos profissionais e de políticas públicas, e sim, nas ações intersetoriais no âmbito da saúde (SCHWANTES *et al.*, 2011).

Dessa maneira, o setor saúde e, em especial, as equipes de Saúde da Família têm importante papel no enfrentamento da violência intrafamiliar, não subestimando a importância do fenômeno, habitualmente voltado apenas para as lesões físicas. Esse fato pode estar relacionado à falta de preparo profissional ou simplesmente à decisão de não se envolver com os casos, sendo denominado um fenômeno invisível dentro dos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Nesta investigação ainda foi possível denotar a displicência dos sujeitos de não terem a ficha de notificação em suas unidades, onde menos da metade dos envolvidos confirmaram a existência do instrumento de notificação no ambiente de trabalho.

Os profissionais entrevistados ainda não internalizaram a importância da notificação para combater a violência infantil. Talvez, esse fato ocorra pela priorização de abordar outros agravos de notificação compulsória e de se realizar outras atividades inerentes ao serviço da atenção básica (consultas, visitas domiciliares e outros procedimentos técnicos). Outra justificativa pode estar relacionada à falta de estrutura da rede de atenção à saúde às vítimas de violência, segurança e mobilização comunitária sobre o enfrentamento do fenômeno.

A carga de trabalho enfrentada pelos profissionais e a falta de sensibilização também foram mencionados na pesquisa de Bezerra e Monteiro (2012) como problemas que se interpoem quanto ao desenvolvimento de ações para a prevenção da violência intrafamiliar contra a criança e adolescente na ESF.

As condições de trabalho no setor da saúde muitas vezes geram um agir mecânico, com práticas não reflexivas e centradas apenas na técnica do trabalho.

O vínculo, a participação da comunidade, o trabalho em equipe e as novas práticas de educação em saúde, além da mudança do comportamento assistencialista de profissionais e usuários, são objetivos destacados para estimular as equipes a discutirem violência com sua clientela (BACKES *et al.*, 2012).

No instante em que se avaliou o surgimento de casos de violência infantil nos atendimentos dos profissionais, foi demonstrado que maior parte deles nunca tinham se deparado com esses casos, o que leva a acreditar no subdiagnóstico do problema em seus consultórios e domicílios.

Por estarem geograficamente muito próximos das famílias, os profissionais da atenção primária necessitam desenvolver habilidades e ferramentas necessárias para evitar casos despercebidos em sua prática clínica para identificar o problema. Essas ferramentas são aludidas à qualidade do acolhimento, trabalho interdisciplinar e intersetorial, destreza na abordagem durante a consulta clínica, elaboração de protocolos para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (BRASIL, 2010; SCHWANTES *et al.*, 2011). Esta reflexão mostra que os profissionais não podem se prender apenas a uma atuação epidemiológica, mas a uma compreensão cada vez mais específica dos fatores e dos contextos na abordagem dos comportamentos de seus clientes e de sua prática clínica (SCHWANTES *et al.*, 2011).

Retomando a investigação, outra ocorrência digna de nota encontrada no estudo diz respeito ao fato de que alguns profissionais entrevistados tinham se deparado com os casos e destes, a maioria não concretizou o ato notificadorio.

A situação de violência intrafamiliar pode deixar os profissionais com sentimento de impotência e perplexos pelo medo que ela promove, por isso temem identificar a situação, bem como comunicar ao Conselho Tutelar (BRASIL, 2010).

Outro argumento utilizado pelos profissionais para a não notificação é “Não ter provas da violência”, que se inscreve na vertente de dificuldades representadas pela cultura familiar que tende, na sociedade brasileira, a valorizar a salvaguarda da privacidade da vida familiar, e onde as intervenções são vistas como ofensivas à autoridade parenteral (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Todos sabem que o ECA torna obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra estes grupos populacionais (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Entretanto, não são colocadas em prática leis que garantam total proteção aos profissionais que notificarem e que forem ameaçados por retaliações de agressores e familiares envolvidos com a situação de violência e maus-tratos infantis.

Destaca-se que notificar se faz necessário e importante, pois é um instrumento poderoso, que acaba sendo empregado para dimensionar a política pública na questão da violência em família, como investimento para a vigilância epidemiológica no conhecimento da dinâmica da violência doméstica (BRASIL, 2010; SCHWANTES *et al.*, 2011).

A maioria das instituições que apoiam as vítimas de maus-tratos destacou que saberia encaminhar sua demanda, caso surdissem em seus atendimentos e que confiava nos órgão de proteção à infância, estabelecendo relação de significância estatística.

Esse dado divergiu dos achados do trabalho de Leite (2011), em que aponta que os profissionais apresentam desconhecimento em relação ao fluxo de encaminhamentos das

crianças e adolescentes em situação de violência. Desta forma, reforça que conhecer o fluxo é imprescindível para que o profissional esteja ciente e atualizado sobre os diversos órgãos de denúncia e encaminhamento.

O Ministério da Saúde (2010) confirma que a rede de atenção à saúde proposta para atendimento dos casos de maus-tratos contra criança e adolescente deve seguir um fluxo que comece pela atenção básica e perpassa desta para média e alta complexidade ou vice-versa.

A rede intersetorial é composta pelo Sistema Único da Assistência Social (SUAS) integrando os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Outros órgãos que devem trabalhar em rede com os serviços de saúde (rede intersetorial) são: Conselho Tutelar; Ministério Público; Vara da infância e Juventude; Delegacias especializadas; Instituto Médico Legal (IML) e as Organizações não Governamentais (ONGs) (LEITE, 2011).

Apesar de se ter como recomendação o trabalho em rede para o enfrentamento da violência, há um reconhecimento de que existem falhas nos sistemas de informação em saúde para promover a articulação dessa rede. Na realidade, todas essas instituições que trabalham com violência infantil necessitariam de um sistema que promovesse a interoperabilidade, isto é, o cruzamento entre seus bancos de dados informatizados (BRASIL, 2012). Dessa forma, uma notificação feita na unidade básica seria imediatamente acessível ao banco de dados de outras instituições, perpassando uma comunicação intersetorial, diferentemente do sistema epidemiológico da área de saúde. Essa proposta seria mais uma forma de fortalecer a rede de atenção à saúde que promove o atendimento as demandas de violência.

Foi deflagrado que os participantes não liam sobre o assunto e que a temática não era discutida no ambiente de trabalho. Esse fato propõe questionar de que forma a comunidade assistida pela ESF pode se empoderar sobre o tema, procurando esse tipo de atendimento nas unidades, já que não recebem orientações dos profissionais de saúde sobre a condução dos casos.

Concluindo a análise, o último achado revelou que profissionais da atenção básica não têm receio de consumir a notificação. O fato de não ter medo de notificar foi discrepante aos estudos de Leite (2011), onde a autora faz uma referência de que os profissionais de saúde ainda têm medo de notificar os casos de violência à criança, por motivos diversos, dentre os quais a proximidade da equipe às suas famílias e por desproteção profissional. No entanto, nota-se que o achado desta pesquisa é condizente a outras investigações (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010). Visualiza-se que esse achado tenha sido expressado devido à ousadia dos participantes, já que eles eram jovens, com pouca experiência na abordagem desse assunto.

## **Conclusão**

A explanação do estudo permitiu uma aproximação à problemática da subnotificação da violência contra crianças e adolescentes nos atendimentos propiciados pela atenção básica, demonstrando ser esse fato ainda um tabu a ser quebrado na rotina dos serviços dessas equipes. Verificou-se ainda que, mesmo não havendo a notificação integral de todos os casos com que se deparam os profissionais, eles estão conscientes e informados sobre a instrumentalização epidemiológica dessa ação, conhecendo também a obrigatoriedade do registro, como apregoa o ECA.

Entretanto, ficou entendido que a não notificação está relacionada também a qualificação técnica desses profissionais, que expeliram a vontade de serem capacitados para praticar esse ato, uma vez que suas formações profissionais não lhes proporcionaram conhecimentos e empoderamentos suficientes para realizarem o procedimento. Além desses, outros fatores foram elucidados como entraves para efetivar uma abordagem responsável às vítimas de maus-tratos e violência infantil. Dentre eles, destaca-se a desarticulação da rede e a incompreensão dos fluxos de encaminhamentos que poderiam fortalecer o mecanismo de referência e contra-referência para acompanhamento dos usuários lesionados por maus-tratos.

## Referências

ANDRADE, E.M.; NAKAMURA, E.; PAULA, C.S de. et al. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde soc.**, São Paulo, v.20, n.1, p. 147-155, 2011.

ARPINI, D. M.; SOARES, A.C.O-E.; BERTÊ, L. et al. A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v.14, n.2, p.95-112, 2008.

BACKES, D.S.; BACKES, M.T.S.; ERDMANN, A.L. et al. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.17, n.5, p. 1151-1157, 2012.

BANNWART, T.H.; BRINO, R. de F. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. **Rev. paul. pediatri.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 138-145, 2011.

BEZERRA, K. P.; MONTEIRO, A. I. Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev Rene**, Fortaleza, v.13, n.2, p. 354-64, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **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: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em saúde: Relatório de Situação - Ceará**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SEGEP. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SEGEP. Departamento de Articulação Interfederativa. **Nota Técnica CGCI/DAI/SGEP/MS nº 02 – Junho/2012 - Monitoramento da informação à ST-CIT pelos Estados, da constituição das regiões de saúde e respectivas instâncias de governança regional – CIR**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, G.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M.; MEDEIROS, J. et al. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas (SP): Saberes Editora, 2011.

CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Ceará. SESA. **Resolução CIB/CE nº 08/2012 (altera composição de regiões de saúde)**. Fortaleza: Secretaria de Saúde/SESA, 2012.

DESLANDES, S.; MENDES, C.H.F.; LIMA, J.de S. et al. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.8, p.1633-1645, 2011.

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

HORTA, R.L.; HORTA, B.L.; PINHEIRO, R.T. et al. Comportamentos violentos de adolescentes e coabitação parento-filial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n. 6, p. 979-985 ,2010.

LEITE, C.N.; OLIVEIRA, R.K.F.; CAMERINI, M.B. et al. Notificação de maus-tratos infantis: necessidade de educação médica continuada. **Arq Ciênc Saúde.**, São Paulo, v.13, n.1, p. 22-26, 2006.

LEITE, J. T. **Ações de enfermeiros (as) na atenção primária à saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica no distrito oeste do município de Ribeirão Preto-SP** . 2011. 91f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

LIMA, M. C. C. S.; COSTA, M.C.O.; BIGRAS, M. et al. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. **Rev. Baiana de Saúde Pública.**, Salvador, v.35, n.1, p. 118-137, 2011.

LUNA, G.L.M.; FERREIRA, R.C.; VIEIRA, L.J.E.S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 481-491, 2010.

MARTINS, C.B. G.; JORGE, M.H. P.M. A violência contra crian-

ças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, Brasília, v.18, n 4, p. 315-334, 2009.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA, M.H.M.; MARTINS, M.I.C.; GIOVANELLA, L. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2355-2365, 2010.

OLIVEIRA, M.T.; SAMICO, I.; ISHIGAMI, A.B.M. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.15, n.1, p. 166-78, 2012.

SCHWANTES, L.C.; CHIESA, A.M.; BERTI, R.A.A.L. et al. Violência doméstica: analisando a visão do profissional de saúde na atenção primária. **HU Revista.**, Juiz de Fora, v.37, n.4, p.449-456, 2011.

SILVA, I.Z.F. **Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Macrorregião de Saúde de Sobral.** 2011. Dissertação(Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2011.

ZERK, D. M.; MERTIN, P. G.; PROEVE, M. Domestic Violence and Maternal Reports of Young Children's Functioning. **J Fam Viol.**, United States of America, v.24, p. 423-432, 2009.

# **Conjuntura da notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família em regiões de saúde cearenses**

Ivna Zaíra Figueredo da Silva

José Reginaldo Pinto

Gracyelle Alves Remigio Moreira

Poliana Hilário Magalhães

Aline de Souza Pereira

Lívia de Andrade Marques

## **Introdução**

A violência é considerada um grave problema de saúde pública, sendo a principal causa de morte em crianças e adolescentes a partir dos cinco anos de idade, assumindo as causas acidentais e intencionais. No entanto, os maus tratos contra crianças e adolescentes relacionam-se a violência intencional sob a forma de negligência ou abandono, abuso físico, sexual e psicológico em distintos momentos e em acordo com aspectos culturais (BANNWART; BRINO, 2011).

Esta realidade precisa ser enfrentada e, uma das possibilidades no alcance do enfrentamento do fenômeno, é que sejam cumpridas as orientações e as diretrizes das políticas públicas. Para que isso ocorra, é imprescindível o envolvimento cômico de profissionais de saúde, com desempenho qualificado quanto à prevenção, identificação, tratamento e encaminhamento de casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra este grupo.

Preconiza-se que uma prática consciente e centrada nas políticas que norteiam a saúde das pessoas, viabiliza o planejamento, implementação de ações públicas que potencializam a melhora na qualidade de vida com a redução das iniquidades (ANDRADE *et al.*, 2011).

Apesar de o Brasil dispor de diversas leis, políticas e planos para enfrentar as violências contra crianças e adolescentes (mencionar apenas a direcionado para este grupo), o avanço decorrente da implementação desses instrumentos no âmbito dos territórios, ainda não se mostra na sociedade, nem tampouco nas ações dos profissionais do setor saúde.

Na Inglaterra, todos os anos, uma a cada seis crianças é atendida em um departamento de emergência por causa de maus-tratos físicos, o equivalente a dois milhões de atendimentos de crianças por ano (BUNTING; LAZENBATT; WALLACE, 2010). Dados apresentados pela Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância (Sipani) revelam que no Brasil, anualmente, 12% dos 55,6 milhões de crianças menores de 14 anos são vítimas de alguma forma de violência doméstica. Esses dados revelam que 18 mil crianças sofrem violência por dia, 750 por hora e 12 por minuto (RAMOS; SILVA, 2011).

Na região Nordeste, verificou-se que em 2010, a notificação de maus-tratos infantis ocorreu apenas em 14,8% dos municípios, enquanto que no Ceará, com 184 municípios, apenas 18,5% estão notificando. Os principais tipos de violência notificados (n=886) no Ceará foram: os atendimentos decorrentes de violência física (56,6%), seguidos dos eventos decorrentes de violência psicológica/ moral (31,0%) e violência sexual (12,3%) (BRASIL, 2011a).

A iniciativa de notificar inicia um processo que interrompe as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor, enfatizando que é mister que a sociedade cobre o rompimento de barreiras, muito mais estruturais, que culturais, éticas e legais e assuma a co-participação em rescindir o elo de silêncio que circunscreve essas casuísticas e que sobretudo, desconstrua a rede de violência que se organizou ao redor da criança e adolescente (ARPINI *et al.*, 2008; LUNA *et al.*, 2010; MOREIRA *et al.*, 2013).

Os profissionais de saúde movem-se no sentido de efetivar estas leis, portarias, decretos, mas deparam-se com a violência estrutural, seja em uma rede de proteção à violência desarticulada, seja pela falta de insumos e estratégias, seja pela fragilidade do conhecimento ou pela gestão incipiente nesta esfera de combate e enfrentamento da violência inviabilizando o diagnóstico situacional, o planejamento e a implementação de ações que façam frente a esta demanda que se complexifica no âmbito privado das relações íntimas (CARVAJAL; FERNANDEZ, 2009).

Considerando que a atenção básica é preconizada como um espaço favorável para o alcance da promoção da saúde, realização de ações preventivas e reorientação do modelo de atenção, esse estudo analisou o ato notificador pelo profissional médico, enfermeiro e cirurgião-dentista, da estratégia saúde da família, relacionado aos maus-tratos contra crianças e adolescentes em municípios cearenses.

## **Método**

Estudo transversal, realizado em 2011 e 2012, envolvendo profissionais da atenção básica atuantes nas Regiões de Saúde do Ceará: Camocim, Crateús, Tianguá, Canindé, Qui-

xadá, Tauá, Icó e Iguatu com uma abrangência de 50 municípios. Essas categorias estavam assim distribuídas: médicos (463), enfermeiros (463) e cirurgiões dentistas (366).

No Estado do Ceará, a atenção à saúde é organizada em 22 Regiões de Saúde de modo a atender aos princípios doutrinários e organizativos do SUS. As Regiões de Saúde são uma resposta ao princípio da descentralização proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e à necessidade de organização e conformação da rede de atenção à saúde.

O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, no Artigo 2º, considera uma região de saúde como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde: atenção básica, vigilância em saúde, atenção psicossocial, urgência-emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar (BRASIL, 2011b).

Constituiu-se como critério de inclusão, ser profissional médico, enfermeiro e cirurgião dentista da Estratégia Saúde da Família nos municípios das Regiões de Saúde envolvidas, que aceitaram participar de modo livre e consensual do estudo. Como exclusão, definiu-se o que estiveram ausentes por falta, férias ou licença no momento do preenchimento do instrumento de coleta de dados.

Dos 1.292 questionários distribuídos entre os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família retornaram 457, perfazendo 35% de respondentes, assim especificados: médicos (65), enfermeiros (306) e cirurgiões-dentistas (86).

Os dados foram coletados por meio de um questionário contendo as seguintes indagações: qualificação dos profissionais no manejo clínico a maus tratos em crianças e adolescentes, situação da notificação desse agravo em unidades básicas de saúde, condução dos casos para resolução e encaminhamentos na rede de atenção à saúde.

Referido instrumento para coleta de dados foi produzido por Luna et al. (2010) e adaptado por Barbosa (2010) com o seguinte escopo de variáveis preditoras: variáveis socio-demográficas, relacionadas à formação acadêmica e tempo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) instrumentação quanto ao conhecimento na temática; dificuldades do profissional de saúde em notificar maus tratos em crianças e adolescentes, o conhecimento desse profissional sobre o tema e a postura dos mesmos diante da identificação e notificação dos casos de maus tratos e o conhecimento sobre o manejo desses casos. O questionário era anônimo, autoaplicado e com 32 questões fechadas.

Os dados foram organizados, tabulados e submetidos à análise estatística descritiva com utilização do Statistical Package Social Sciences – SPSS, versão 16.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, USA).

O estudo atendeu os preceitos éticos em todas as etapas e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, sob o parecer 072/2007.

## **Resultados**

A Tabela abaixo demonstra como está a abordagem clínica e epidemiológica de casos de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos por médicos, enfermeiros e cirur-

giões-dentistas da Estratégia Saúde da Família nas Regiões de Saúde investigadas. Identificou-se que 337 (73,9%) profissionais nunca participaram de treinamento para enfrentamento da violência. Dos profissionais que referiram ter participado de treinamentos (26,1%), 91 (20,0%) eram enfermeiros. Apesar deste contexto, 417 (91,9%) expuseram interesse em participar de treinamentos sobre a temática.

Ao indagar sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, 343 (75,0%) dos respondentes declaram conhecê-lo. Constatou-se também que 246 (54,2%) dos profissionais conhecem a ficha de notificação de maus tratos, mas somente 203 (45,2%) afirmaram positivamente sobre a disponibilidade desta ficha na unidade de saúde onde trabalham.

Apesar de se defrontar com os dados acima, 407 (90,8%) achavam que era vantagem instituir a ficha de notificação nas unidades básicas de saúde. Ao se investigar se já tinham se deparado com casos de maus tratos em crianças e adolescentes, 266 (59,0%) negaram esta situação. Dos 185 (41,0%) que se depararam, 119 (55,3%) não notificaram o caso.

Quanto a conhecer instituição de assistência às vítimas, 369 (82,7%) negaram dispor desta informação; mas 316 (72,5%) disseram saber para onde encaminhar as vítimas.

**Tabela 1** – Enfrentamento de maus-tratos contra crianças e adolescentes a partir da instrumentação de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família nas Regiões de Saúde do Norte e Sertão Central do Estado do Ceará, Brasil, 2012.

Variáveis	Médico		Enfermeiro		Cirurgião-dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Participou de treinamento (n=456)								
Sim	15	3,2	91	20,0	13	2,9	119	26,1
Não	50	11,0	214	46,9	73	16,0	337	73,9
Gostaria de participar (n=454)								
Sim	52	11,5	292	64,3	73	16,1	417	91,9
Não	12	2,6	12	2,6	13	2,9	37	8,1
Conhece o ECA (n=457)								
Sim	50	10,9	249	54,5	44	9,6	343	75,0
Não	15	3,3	57	12,5	42	9,2	114	25,0
Conhece ficha de notificação (n=454)								
Sim	28	6,2	202	44,5	16	3,5	246	54,2
Não	36	7,9	102	22,5	70	15,4	208	45,8
Unidade possui ficha (n=449)								
Sim	17	3,8	160	35,6	26	5,8	203	45,2
Não	22	4,9	117	26,0	21	4,7	160	35,6
Não sabe informar	24	5,4	25	5,6	37	8,2	86	19,2
Vantagem instituir a ficha AB* (n=448)								
Sim	58	12,9	275	61,4	74	16,5	407	90,8
Não	05	1,2	27	6,0	09	2,0	41	9,2
Deparou com casos maus-tratos (n=451)								
Sim	38	8,4	123	27,3	24	5,3	185	41,0
Não	26	5,8	178	39,5	62	13,7	266	59,0

Notificou o caso (n=215)									
Sim	22	10,2	70	32,6	04	1,9	96	44,7	
Não	17	7,9	75	34,9	27	12,5	119	55,3	
Conhece alguma instituição de apoio (n=446)									
Sim	07	1,5	52	11,8	18	4,0	77	17,3	
Não	57	12,8	247	55,4	65	14,5	369	82,7	
Sabe para onde encaminhar (n=436)									
Sim	44	10,1	228	52,3	44	10,1	316	72,5	
Não	17	3,9	65	14,9	38	8,7	120	27,5	

## Discussão

A pesquisa retratou a notificação de maus tratos em crianças e adolescentes nas regiões de saúde do Ceará, visto ser o registro um importante sinalizador para o planejamento da gestão em saúde, por permitir explorar possibilidades e escolher os meios de conduzir a realidade.

A representatividade de profissionais da ESF que expressaram suas respostas no instrumento foi reduzida à população total do estudo. Somente enfermeiros destacaram-se no desejo de diagnosticar a violência contra crianças e adolescentes. Esta realidade se apresenta em virtude da imposição do sistema capitalista que fomenta o, hoje, desequilibrado processo de oferta e procura por profissionais médicos, que na comodidade da relação de busca ainda maior que a oferta, impõe condições, dentre as quais a reprodução do modelo médico assistencial privatista que não se envolve com as propostas reformadoras do Sistema Único de Saúde.

Ao analisar a participação dos profissionais da ESF em treinamentos e cursos sobre o manejo clínico dos casos de maus tratos contra crianças e adolescentes em suas equipes, foi percebido que muitos trabalhadores não foram capacitados para desenvolver habilidades em conduzir os casos que surgem em suas rotinas de trabalho, embora anseiem em se capacitarem.

Mendes (2012) comenta que os processos de educação permanente das equipes da ESF, na maioria das vezes, são realizados por atividades de curta duração, baseadas em intervenções isoladas e pontuais, utilizando metodologias centradas nos professores e com ênfase na transmissão de conhecimentos e separando intervenções educacionais e desempenho. Essas microintervenções educacionais são ineficazes e apresentam altos custos diretos e indiretos pelo tempo subtraído constantemente do trabalho dos profissionais nas unidades da ESF.

Apesar de considerar o esforço do setor saúde em recomendar as ações e práticas de diagnóstico, tratamento e prevenção de violência doméstica e a fixação de diretrizes referentes à capacitação de recursos humanos em relação à implementação da política específica, as modificações curriculares nesta direção ainda são lentas, pontuais e pouco conhecidas (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Bezerra e Monteiro (2012) também reconhecem em suas investigações que a falta de capacitação dos trabalhadores da ESF são as maiores dificuldades para o enfrentamento do problema violência.

Diante da contextualização do fenômeno atual da violência doméstica na atenção primária encontrada pelos profissionais de saúde, percebe-se que o problema está além da capacitação dos profissionais e de políticas públicas, e sim, nas ações intersetoriais no âmbito da saúde (SCHWANTES *et al.*, 2011). Moreira *et al.* (2013) referem a não internalização da

notificação na rotina dos profissionais de saúde e o fato desta circunscrever aspectos que extrapolam a questões relacionadas a estrutura e aos dispositivos legais como causas para a baixa frequência de notificação na região Sul do Estado do Ceará.

Este campo de práticas com foco na atenção básica é um campo diferenciado que anseia por produção de novos modos de cuidado que extrapolem a reprodução nua e crua dos processos de trabalho e da utilização das tecnologias duras ensinados a luz do modelo biomédico e atendam as demandas emanadas pela cultura local, pelo regionalismo, agregando sensibilidade a ferramentas como a vigilância à saúde, o controle, avaliação e auditoria e a capacidade de resposta intersetorial em prol da convergência congruente à integralidade e ao acesso universal.

Bosi e Paim (2010) afirmam que o sistema de saúde urge por profissionais com habilidades e competências que abarquem o ideal de defesa da vida e da saúde do coletivo. Acrescenta-se que a gestão do serviço de saúde pede sem demora, gestores que equilibrem a capacidade administrativa, com conhecimento técnico e a capacidade de gerir meios para o alcance da saúde. Tal perfil não tem sido visto em quantidade e qualidade requerida pelo SUS em virtude da inexperiência dos que aí estão na assistência, mas, sobretudo na gestão reproduzindo a prática dicotomizada e curativista exercida largamente nas instituições de ensino.

Sobre a revelação que comenta o conhecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente pelos entrevistados e da ficha de notificação, induziu a argumentar que os participantes têm consciência de que o ato de notificar é obrigatório, como prática dos serviços.

Podemos presumir que a situação sentida é resquício da disparidade entre o conteúdo ministrado no currículo escolar

e os reclames sociais vivenciados por profissionais quando da inserção nos serviços de saúde.

Apesar de terem conhecimento sobre o Estatuto, não foi questionado se os profissionais já o tinham lido, pois se encontrou respostas divergentes sobre o acesso a esse instrumento jurídico que respalda a notificação da violência em crianças.

Dessa maneira, o setor saúde e, em especial, as equipes de Saúde da Família têm importante papel no enfrentamento da violência intrafamiliar, não subestimando a importância do fenômeno, habitualmente voltado apenas para as lesões físicas. Esse fato pode estar relacionado à falta de preparo profissional ou simplesmente à decisão de não se envolver com os casos, sendo denominado um fenômeno invisível dentro dos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Quando o estudo relacionou o conhecimento da ficha de notificação de maus tratos e de sua existência nas unidades de saúde, achando vantajoso instituí-la, foi evidenciando que a maioria dos profissionais confirmaram afirmativamente essas indagações. Apesar desses achados, foi possível denotar a displicência dos sujeitos de não terem a ficha de notificação em suas unidades, onde menos da metade dos envolvidos confirmaram a existência do instrumento de notificação no ambiente de trabalho. Moreira *et al.* (2013), constatou em análise múltipla que participar de treinamento sobre a temática, conhecer a ficha de notificação e saber para onde encaminhar os casos favorecem a apropriação de conhecimentos que os instrumentalizam para a efetivação do ato notificador.

Essa pouca importância à prática da notificação e a habilidade de conduzir as demandas de maus tratos infantis na atenção básica assinalam que os profissionais entrevistados ainda não internalizaram a importância da notificação para

combater a violência infantil. Talvez, esse fato ocorra pela priorização de abordar outros agravos de notificação compulsória e de se realizar outras atividades inerentes ao serviço da atenção básica (consultas, visitas domiciliares e outros procedimentos técnicos). Outra justificativa pode estar relacionada à falta de estrutura da rede de atenção à saúde às vítimas de violência, segurança e mobilização comunitária sobre o enfrentamento do fenômeno.

A carga de trabalho enfrentada pelos profissionais e a pouca sensibilização também foram mencionados na pesquisa de Bezerra e Monteiro (2012) como problemas que se inter põem quanto ao desenvolvimento de ações para a prevenção da violência intrafamiliar contra a criança na ESF. As condições de trabalho no setor da saúde muitas vezes geram um agir mecânico, com práticas não reflexivas e centradas apenas na técnica do trabalho.

A precária dimensão interrelacional nos serviços, seja pela sobrecarga de trabalho, falta de infraestrutura, jornadas laborais ou pela demanda crescente, acaba por dificultar a integralidade na assistência, atuando-se apenas em função das necessidades expressas. Assim, o serviço tende a ser prestado de maneira fragmentada e reducionista, não dando conta dos anseios da vítima, contribuindo, deste modo, para o agravamento da sua situação.

No instante em que se avaliou o surgimento de casos de violência infantil nos atendimentos dos profissionais, foi demonstrado que maior parte deles nunca tinham se deparado com esses casos, o que leva a acreditar no subdiagnóstico do problema em seus consultórios e domicílios.

Sobre esse indício, o Ministério da Saúde (Brasil, 2010) exprime que as equipes possuem espaço privilegiado para a

identificação dos casos de violência pelo grande leque de ações e pelo envolvimento dos profissionais com as ações de saúde individual e coletiva desenvolvidas no território. Por estarem geograficamente muito próximos das famílias, os profissionais da atenção primária têm maior possibilidade de identificar sinais e sintomas de violências em crianças e adolescentes, realizar o acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificar os casos e encaminhar para rede de cuidados e de proteção social.

Entretanto, para isso, eles necessitam desenvolver habilidades e ferramentas necessárias para evitar casos despercebidos em sua prática clínica. Essas ferramentas são aludidas à qualidade do acolhimento, trabalho interdisciplinar e intersetorial, destreza na abordagem durante a consulta clínica, elaboração de protocolos para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (BRASIL, 2010; SCHAWANTES, 2011).

Esta reflexão mostra que os profissionais não podem se prender apenas a uma atuação epidemiológica, mas a uma compreensão cada vez mais específica dos fatores e dos contextos na abordagem dos comportamentos de seus clientes e de sua prática clínica (SCHAWANTES, 2011).

Para o Ministério da Saúde (2010), a qualidade do acolhimento, a escuta competente e afetiva, a amplitude das relações estabelecidas pelos profissionais de saúde com seus usuários, a facilidade do acesso às ações de saúde oferecidas e as linhas de cuidado definidas pelos serviços e suas equipes é que possibilitam maior capacidade de identificação dos casos de violência, mesmo aqueles mais difíceis. Muitas vezes a criança ou o adolescente não se sente à vontade para falar do que viveu na presença de familiares, até porque esses podem ser

os próprios autores da violência. A criação de um ambiente em que a criança e o adolescente e sua família se sintam seguros e confiantes, com oportunidade de expressar o que sentem e conversar sobre a situação de violência na qual estão envolvidos, é de grande valia.

Retomando a investigação, outra ocorrência digna de nota encontrada no estudo diz respeito ao fato de que os profissionais entrevistados tinham se deparado com os casos e destes, a maioria não concretizou o ato notificadorio.

No tocante a esse fato, levantam-se discussões que permitem desvendar porque há motivos para não notificar os casos de maus tratos, uma vez que esses profissionais conhecem toda instrumentalização para consumir esse procedimento, sabendo da obrigatoriedade de dar resposta a esses casos, chegando até confirmar que a notificação oriunda benefícios para as vítimas, dentre os motivos favoráveis para instituir a ficha nas unidades.

Mesmo assim, vale destacar que notificar se faz necessário e importante, pois é um instrumento poderoso, que acaba sendo empregado para dimensionar a política pública na questão da violência em família, como investimento para a vigilância epidemiológica no conhecimento da dinâmica da violência doméstica, quebrando ideias e barreiras para conscientização e importância do diagnóstico da situação da violência que o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar (BRASIL 2010; SCHAWANTES *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Como dizem Faleiros, Matias e Bazon (2010); Costa *et al.* (2010) a notificação é uma das formas de quebrar este ciclo vicioso, por dimensionar o caráter da violência em nosso meio e possibilitar o desenvolvimento de políticas públicas e de estratégias destas, para o enfrentamento da violência. Ainda discutindo sobre a investigação, denotou-se que os participantes

desconhecem as instituições que dão assistência às vítimas de maus tratos infantis.

As instituições que promovem assistência à violência infantil articulam uma rede de atenção que forma um complexo de serviços interligados. Todo profissional de saúde deve ser detentor do fluxo e dinâmica dessa rede e compartilhar dos serviços da mesma.

Nesse sentido, cada município deve ter sua rede de atenção à saúde que atende violência articulada com as redes da assistência social, da educação e com os sistemas de justiça, segurança pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Varas da Infância e Juventude, Conselho Tutelar e conselhos de direitos e a sociedade civil organizada existentes no território, para fortalecer e ou implementar a rede de cuidado e de proteção social para a atenção integral às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (BRASIL, 2010).

Carvalho *et al.* (2011) consideram uma Rede de Atenção à Saúde como a interconexão, interação, interligação dos serviços, em todos os níveis de densidade tecnológica do sistema de saúde, dotada de governança e elementos técnicos, sanitários e organizacionais (normativos) que permitam uma gestão racional, eficiente, sistêmica e harmônica, com o objetivo de garantir a promoção, prevenção e recuperação da saúde da pessoa humana. Desta forma, não são simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, estabelecer padrões estáveis de inter-relações (MENDES, 2011).

Mendes (2012) preconiza que para a Atenção Primária trabalhar em uma rede de Atenção à Saúde deve cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A função de resolubilidade, inerente ao ní-

vel de cuidados primários, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RASs), o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, de produtos e de informações entre os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita.

A estruturação das Redes de Atenção à Saúde apresenta-se como uma alternativa potente para reduzir a fragmentação do sistema, conforme demonstrado por alguns países que conseguiram consolidar sistemas de saúde integrados, que favoreçam o acesso, a continuidade, a integralidade e a racionalização dos recursos. Todavia, há que se considerar que as propostas de organização de redes têm diferentes conformações e significados e, portanto, exigem a análise da natureza dos sistemas, seus valores e princípios (SHIMIZU, 2013).

A publicação do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, destaca novamente a discussão do aprimoramento das redes de atenção nas regiões de saúde, e, portanto, coloca o desafio da construção das redes para além da perspectiva da organização dos serviços. Compreende-se por Redes de Atenção à Saúde, no SUS, uma malha que interconecta e integra estabelecimentos e serviços de saúde, organizados de forma a contemplar os diferentes níveis e densidades tecnológicas em um determinado território, visando ao atendimento integral aos usuários (CARVALHO *et al.*, 2011).

Os achados demonstram à incoerência destes profissionais no tocante a arguição simples sobre o conhecimento da teia de atenção à saúde, apesar de bem desenhada pelos princípios organizativos da hierarquização e regionalização no SUS e por instrumentos norteadores como o Plano Diretor de Regionalização e as Programações Pactuadas Integradas, ainda persiste fragmentada dificultando a disseminação do conhecimento da rede de referência e o conseqüente acesso dos indivíduos aos serviços demandados por si.

Retomando sobre as instituições que apoiam as vítimas de maus tratos na infância, foi possível irromper opiniões dos pesquisados sobre a condução dos casos diagnosticados, onde a maioria destacou que saberia encaminhar sua demanda, caso surgissem em seus atendimentos.

Esse dado divergiu dos achados do trabalho de Leite (2011), em que aponta que os profissionais apresentam desconhecimento em relação ao fluxo de encaminhamentos às vítimas de violência infantil. A autora reforça que conhecer o fluxo é imprescindível para que o profissional esteja ciente e atualizado sobre os diversos órgãos de denúncia e encaminhamento às vítimas.

A organização do serviço pressupõe a existência de fluxo interno de atendimento, formas de encaminhamentos, agendamentos de interconsultas, frequência dos retornos, realização e avaliação dos resultados de exames complementares, reuniões da equipe de saúde e intersetorial para avaliar a evolução e o prognóstico clínico e social do caso, entre outras ações para as crianças/adolescentes/família, para garantir eficácia nas ações de proteção, de cuidados e de prevenção evitando o abandono do tratamento e a descontinuidade dos cuidados (BRASIL, 2010).

Sobre o fluxo de encaminhamentos da atenção básica, Mendes (2012) esclarece que sistemas de informação clínica são essenciais para o funcionamento da ESF. As unidades de ESF carecem de sistemas informatizados para classificação de riscos das pessoas em situação de urgência e de prontuários clínicos familiares eletrônicos.

Apesar de se ter como recomendação o trabalho em rede para o enfrentamento de maus tratos e violência infantil, há um reconhecimento de que existem falhas nos sistemas de informação em saúde para promover a articulação dessa rede. Na realidade, todas essas instituições que trabalham com violência infantil necessitariam de um sistema que promovesse a interoperabilidade, isto é, o cruzamento entre seus bancos de dados informatizados (BRASIL, 2011e).

Dessa forma, uma notificação feita na unidade básica seria imediatamente acessível ao banco de dados de outras instituições (CRAS, CREAS, Conselho Tutelar etc.), perpassando uma comunicação intersetorial, diferentemente do sistema epidemiológico da área de saúde, o SINAN. Essa proposta seria mais uma forma de fortalecer a rede de atenção à saúde que promove o atendimento as demandas de violência e maus tratos.

## **Conclusão**

Analisar o processo de notificação de maus tratos em crianças e adolescentes a partir da prática dos profissionais que compõem o “tripé” da equipe básica da Estratégia Saúde da Família – médicos, enfermeiro e cirurgiões-dentistas - é reportar-se a complexidade do tema, a urgência de efetivar a legislação vigente, reconhecer as limitações dos profissionais e

a responsabilidade da gestão nas três esferas governamentais. É ainda, entender a desarticulação da rede de apoio a prevenção da violência, enfim, é transcender as questões de pesquisa e mergulhar na magnitude do tema e na dinâmica da realidade.

Em relação à instrumentalização sobre o tema, os resultados sinalizaram que a maioria dos profissionais da ESF conhece o ECA, conhece a ficha de notificação, sabe para onde encaminhar os casos. No entanto, a grande parcela destes nunca participou de treinamento específico para enfrentamento da violência.

Além desses, outros fatores foram elucidados como entraves para efetivar uma abordagem responsável às vítimas de maus tratos infantis. Dentre eles, destaca-se a desarticulação da rede e a incompreensão dos fluxos de encaminhamentos que poderiam fortalecer o mecanismo de referência e contra-referência para acompanhamento dos usuários lesionados por maus tratos.

Em concluso, diante do apresentado, inferimos que as equipes de profissionais da ESF deixam lacunas de conhecimento sobre os temas transversais (violência) e de documentos que legislam sobre as demandas que aportam à atenção básica no atendimento dos cidadãos, compromete o conceito e efetividade da clínica ampliada e harmônica com os princípios e diretrizes de um cuidado integral e longitudinal.

## Referências

ANDRADE, E. M. et al. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde soc.** São paulo, vol.20, n.1, pp. 147-155, 2011.

ARPINI, D. M. et al. A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 95 – 112, 2008.

BANNWART, T.; BRINO, R. F. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v.29, n.2, p. 138-145, 2011.

BARBOSA, I.L.C. **Estratégia saúde da família e a notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes na região metropolitana de Fortaleza.** [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, Pós – graduação – Mestrado em Saúde Coletiva, 2010.

BEZERRA, K.P.; MONTEIRO, A.I. Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev Rene.**, Fortaleza, v.13, n. 2, p. 354-364, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **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: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.073, de 13 de setembro de 2011.** Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.080/90** / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BUNTING, L.; LAZENBATT, A.; WALLACE, I. Information Sharing and Reporting Systems in the UK and Ireland: Professional Barriers to Reporting Child Maltreatment Concerns. **Child Abuse Review**. vol. 19, p. 187–202, 2010.

BOSI, M.M.L.; PAIM, J. S. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, jul. p.2029-2038, 2010.

CARVAJAL, F. U.; FERNANDÉZ, R. R. Victimización infantil: un problema de salud en el sistema social capitalista. **Rev. Cub. Salud Pública**, Cuba, v. 35, n. 3, 2009.

CARVALHO, G. et al. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas (SP): Saberes Editora, 2011.

COSTA, M.C.O. et al. Avaliação do programa nacional de ações integradas e referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em Feira de Santana, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 563 – 574, 2010.

FALEIROS, J.M.; MATIAS, A.S.A.; BAZON, M.R. Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p. 337-348, 2009.

LEITE, J. T. **Ações de enfermeiros (as) na atenção primária à saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica no distrito oeste do município de Ribeirão Preto-SP** . 2011. 90f. Dissertação (Mestrado em Ciências ) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais 213 da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 481-491, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOREIRA, G. A. R.; VASCONCELOS, A. A.; MARQUES, L. A.; VIEIRA, L. J. E. S. Instrumentalização e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre notificação de maus tratos em crianças e adolescentes. **Rev. Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 223- 230, 2013.

OLIVEIRA, M. T. et al. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 166-178, 2012.

RAMOS, M. L. C. O.; SILVA, A. L. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 136-146, 2011.

SCHWANTES, L. C. et al. Violência doméstica: analisando a visão do profissional de saúde na atenção primária. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 4, p. 449-456, 2011.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis** [serial on the Internet], Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013.

# Violência e agressividade no esporte em jovens atletas

Ricardo Hugo Gonzalez  
Carla Beatriz Moraes Duarte  
Renêe de Caldas Honorato  
Kellyane Pereira  
Leônidas Oliveira Neto  
Márcia Maria Tavares Machado

## Introdução

O presente ensaio pretende refletir sobre a violência, a agressividade e violência nos esportes, mais especificamente em jovens atletas. Assim existem estratégias para minimizar atitudes estressantes e violentas em competições esportivas, dentre elas o modelo teórico denominado *coping*. Nosso cotidiano, na sociedade moderna, demanda desgaste físico e mental, assim como altos níveis de estresse. Neste contexto, será que as práticas esportivas poderiam aliviar as tensões do dia a dia e tornar o mundo com menos violência?

Segundo Buriti (2012) são inúmeros os benefícios, que essas atividades esportivas podem proporcionar para a saúde física e mental dos praticantes. O antigo conceito de que o esporte é um movimento predominantemente para jovens, foi substituído pelo conceito de uma manifestação plural, polisêmica e polimorfa (BENTO, 2004). Neste sentido, podemos encontrar os mais diversos esportes (individuais, coletivos, de luta, em contato com a natureza), praticados por indivíduos de diferentes faixas etárias e com diversos objetivos e significados.

A prática esportiva é uma importante ferramenta educacional para indivíduos em formação. Há algumas maneiras possíveis de investigação, no sentido de pesquisar o envolvimento do jovem com o esporte, principalmente, com a agressividade. Na adolescência o indivíduo passa por várias mudanças físicas, psicológicas, sociais e comportamentais que refletem na vida adulta (WEINBERG; GOULD, 2008). O comportamento agressivo pode se manifestar como resposta normal às experiências frustrantes e sentimentos de injustiça). Contudo, essa cólera pode ser manifestada desde que não prejudique seus semelhantes. O estresse, quando não controlado, leva a uma sobrecarga emocional, podendo ser desencadeada em pensamentos e atitudes agressivas, como a violência que tem se mostrado com uma ameaça, cada dia mais presente.

### *Violência*

O dinamismo cultural e econômico revolucionou, desde os anos 90, os valores morais, instituições e idéias estabelecidas socialmente. O desemprego, que exclui grande parte da população, impede que todos acessem os novos bens. Acrescenta-se, também, o desrespeito aos direitos básicos de cidadania. Paralelo a isso, surgem problemas pessoais e familiares, já que escola e família tornam-se reféns das imposições sociais. Em especial, a família torna-se enfraquecida e ausente, cada vez mais impotente. A educação de crianças e adolescentes tornou-se algo muito mais difícil, principalmente nos segmentos mais populares (ATAÍDE, 2000).

Passamos por uma filosofia individualista, firmada nos princípios capitalistas e consumistas. Unindo a desigualdade social sempre crescente, o estresse do mundo moderno, a falta de perspectiva de jovens economicamente excluídos, onde fa-

mília e escola estão presas nas limitações sociais temos, segundo Ataíde (2000), a concretização de uma cultura da violência. A influência da mídia, cujo caráter formador de opiniões e comportamentos institui a agressividade como comportamento e a violência como instrumento de luta contra as injustiças sociais.

Outra grande fonte de violência é a situação de vulnerabilidade de muitos jovens (idade entre 15 e 24 anos), em especial da camada mais baixa da sociedade. Tal parcela populacional, de acordo com Castro (2002), é excluída ou posta de fora do sistema. Falta de qualificação profissional, baixo nível de escolaridade e desemprego só aumentam ainda mais o abismo entre as diferentes classes. Soma-se a isso o desencanto, incertezas em relação ao futuro, descrença na política e resistência ao autoritarismo que sofre a população jovem da geração atual.

O individualismo da sociedade atual cria e legitima a segregação daquilo que faz parte do modelo a ser seguido e aquilo que está fora, perpetuando essa hierarquia. Para Manuel Pureza (2000), resultam dessas desigualdades de poder e injustiças sociais a *violência estrutural*, e, legitimando a anterior, a *violência cultural* que, instaura normas e comportamentos que fortalecem diferenças sociais.

De acordo com Botelho (2007), a violência possui caráter multifatorial, não importando a idade, sexo, religião, classe social ou raça. Assim, sabemos que chega também ao ambiente escolar. Dentro da escola, a violência pode acontecer entre professores, funcionários e alunos. Ressalta-se, porém um tipo de violência que vem crescendo muito nos últimos anos: o *Bullying*. Trata-se de um problema mundial onde não há instituição, idade ou disciplina definida. São apelidos, violência física, atitudes agressivas intencionais e repetidas, que ocorrem sem motivação aparente.

A violência dentro da escola entre crianças e jovens tornou-se um problema de saúde pública, tendo em vista a alta incidência de ocorrências e com cada vez de maior gravidade. Para Chrispino (2008), a escola transformou-se em um ambiente agregador, passando a abrigar diferentes tipos de alunos. Entretanto esta escola não se habituou a lidar com tamanha diversidade. Diante das muitas diferenças e consequentes conflitos existentes, cabe a escola agir como mediadora, não só como alternativa para ela própria, mas também como aprendizado e criação de novos cidadãos.

### *Violência no esporte*

A violência dentro do esporte está se tornando cada vez mais evidente, seja entre adversários ou até mesmo entre companheiros da mesma equipe. Os índices divulgados, recentemente, pela imprensa do país sobre a violência e a agressividade nos estádios envolvendo, inclusive adolescentes, justifica uma reflexão sobre o esporte praticado na adolescência, bem como as maneiras de manifestação da agressividade nas competições esportivas (BURITI, 2012). Essa violência não é algo atual. Seja ela física ou simbólica (que pode ser verbal ou de comportamento discriminatório), já vem sendo usada como instrumento de expressão de poder e dominação. A história retrata os imperadores romanos que usavam seus escravos para proporcionar um espetáculo de selvageria sangrenta e impiedosa, até a tentativa de Adolf Hitler em mostrar a superioridade ariana nas olimpíadas de 1936 na Alemanha, a violência é exposta como um determinante da força, que inflige o direito do outro e perturba as regras de convivência, igualmente a sua etimologia (RUSS, 1994; ZALUAR, 2000).



*“Now that we’ve invented violence, we need a sport so we can use it without being labeled as uncivilized.”*

**Figura 1** – *Cartoon* Criada por Bill Whitehead, retirada do texto de Coakley (2008). A tradução do texto abaixo da figura é: “Agora que nós criamos a violência, nós precisamos de um esporte em que possamos usá-la sem sermos rotulados como incivilizados”.

A violência pode ser corroborada por indivíduos que tenham ideologias parecidas, desde que seja para defender os interesses do grupo a que pertence, o que provavelmente é fator determinante para a violência no esporte, uma vez que existem dois lados envolvidos e cada um quer ser superior ao outro, gerando muitas vezes o descumprimento das permissões e limites do esporte para obter o êxito.

De acordo com Starepravo (2003), o nível de violência no esporte, seja físico ou simbólico, está diretamente relacionado com o meio em que o atleta está inserido. Sabe-se que o es-

porte competitivo já é um campo que, por si mesmo, incentiva o uso de atitudes agressivas para se atingir um objetivo (BARROSO, 2004). Porém, o uso de alto nível de força nem sempre caracteriza uma atitude violenta, visto que a agressividade durante a prática de algumas modalidades, acontecem dentro de condições e regras impostas, como por exemplo, o *rugby* ou futebol americano. Mike Smith (1983) caracteriza alguns tipos de violência dentro do esporte:

(1) *Brutal Body Contact* (Contato Corporal Brutal): contato físico permitido dentro da regra de alguns esportes e aceito pelos jogadores, como bloqueios, esbarrões, empurrões e *tackles*.

(2) *Borderline Violence* (Violência limítrofe): Esse tipo de violência excede os limites da regra e inclui práticas que são aceitas pela maioria dos técnicos e jogadores como parte do jogo, como os empurrões e agarrões entre os jogadores de futebol no momento da cobrança de escanteio ou falta.

(3) *Quase-criminal Violence* (Violência Quase Criminal): Violência caracterizada pela prática de atitudes não aceitas pela maioria dos jogadores e que infligem as regras de jogo e com contato corporal proposital e excessivo, utilizando-se de cotoveladas e chutes altos em direção ao rosto.

(4) *Criminal Violence* (Violência Criminal): caracterizada por práticas totalmente fora da lei, deliberadamente intencional, provocando lesão corporal grave na vítima, como o caso de Mike Tyson que mordeu e retirou uma parte da orelha de Evander Holyfield.

Entre as variáveis específicas que influenciam no comportamento agressivo e a violência, podem ser citados, os meios de comunicação, mais diretamente, a televisão e seu impacto, bem como os torcedores, dentro e fora da área do jogo (BURITI, 2012). Atualmente, as competições esportivas são vistas pela

sociedade como um espetáculo, e o atleta é cobrado para usar o máximo de suas capacidades físicas e psicológicas e apresentar o melhor desempenho possível. Esse excesso de vontade para cativar o público e atrair a mídia especializada pode ser fator determinante de atitudes agressivas decorrentes de fatos que diminuam o peso da atuação do atleta, como um erro de arbitragem, ofensas de adversários e até mesmo quando o indivíduo passa por uma situação embaraçosa no decorrer da competição, tal qual um drible desconcertante no futebol. O uso da agressividade durante a competição pode ser determinado por alguns fatores: a importância do evento esportivo, o local, o nível de seus adversários e colegas de equipe, a pressão imposta pela imprensa, técnico e torcida e a situação pessoal de cada atleta.

O mesmo autor, com base em estudos realizados nos Estados Unidos com jovens atletas de futebol americano, afirma que o esporte confirma a agressão, embora os educadores considerarem o esporte como fator de agressão. Alguns esportes apresentam uma cultura em que atletas agressivos são bem vistos pelos valores que agregam a sua equipe e pela fama que ganham com os torcedores. O futebol americano é um desses esportes, pois apresenta uma dinâmica de contato corporal severa. O atleta que comumente interrompe a progressão do time adversário, com ações agressivas permitidas pela regra, torna-se uma referência dentro da equipe e um ídolo para os torcedores.

Porém, o uso de atitudes agressivas que ultrapassem os limites das regras de cada modalidade, sejam elas físicas ou verbais, vitimando qualquer indivíduo envolvido no evento (atletas, árbitros, torcedores, técnicos, organizadores e etc.), geram inúmeras consequências para a visão da sociedade com relação à competição esportiva. Altos índices de violência durante competições, pode ser um importante indício de que o esporte

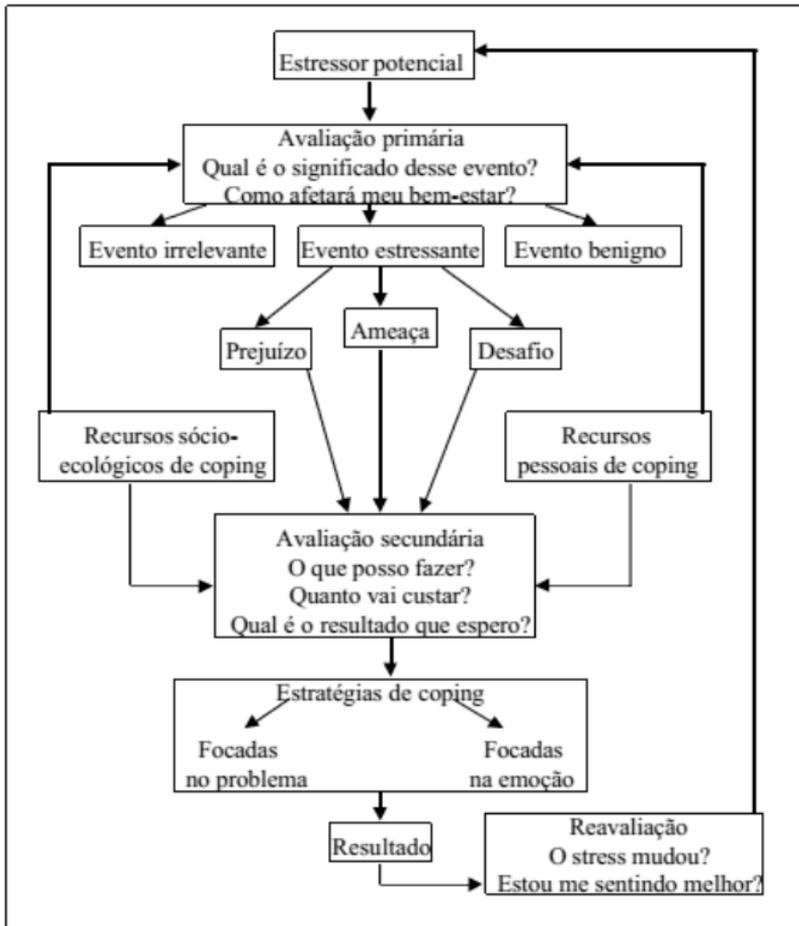
não está cumprindo seu papel da forma saudável na sociedade, causando segregações e traumas, ao invés de união e bem estar físico, mental e social. Acreditamos que a violência no esporte é consequência ou parte integrante da violência existente na sociedade, seria utópico querer eliminar a violência do esporte sem eliminar a violência na sociedade.

### ***Combatendo o estresse a partir de estratégias de Coping***

A forma com que o atleta reage às situações de estresse é denominada “*coping*”, que são estratégias de reação que têm como objetivo lidar com uma situação desagradável, diminuindo o nível de excitação, ou seja, respostas de enfrentamento ao estresse (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Estratégias de *coping* (ou estratégias de enfrentamento do estresse) são técnicas que podem ser sistemáticas ou não sistemáticas, com as quais os indivíduos tentam evitar que a situação ruim faça cair seu rendimento (WEINBERG; GOULD, 2008). O *Coping* consiste em respostas comportamentais que tem como objetivo diminuir o nível de excitação, de forma que uma situação desagradável seja diminuída através dessas estratégias de reação (LAZARUS; FOLKMAN, 1984 *apud* LIMA *et al.*, 2004).

Seguindo o modelo de Lazarus e Folkman (1984) apresentado na figura 1, *coping* dá-se sob quatro elementos principais: (1) *Coping* é uma interação feita entre o indivíduo e o ambiente; (2) Sua função é de saber administrar a situação de estresse; (3) O processo de *coping* depende da noção de avaliação do indivíduo, em como ele é percebido e interpretado; (4) É uma mobilização de esforços cognitivos e de comportamento feitos pelo indivíduo com o objetivo de administrar, minimizar e lidar da melhor forma com a demanda que surge da sua interação com o ambiente.

**Figura2:** Modelo de processamento de stress e *coping*.



Fonte: LAZARUS; FOLKMAN (1984).

De acordo com Balbinotti (2006), há dois tipos fundamentais de *coping*: (1) Focalizado na emoção: que tem como objetivo mudar, administrar ou lidar com as emoções negativas que a situação estressante causa. Essas estratégias são utilizadas por pessoas que acreditam que não possuem recursos suficientes para enfrentar tal situação. As estratégias de *coping* com foco na emoção podem ser de três formas: Fuga-avoidance (onde

o indivíduo se afasta fisicamente ou psicologicamente do fator estressor); Distanciamento (afastando-se psicologicamente do estressor) e Reavaliação Positiva (o indivíduo reinterpreta a situação para transformar em algo diferente, seja positivo ou negativo); (2) Focalizado no problema: se refere ao esforço para lidar com uma situação estressante, onde as pessoas não fogem do problema, mas buscam enfrentá-lo, diminuindo a demanda ou aumentando sua capacidade de resposta. Pode ser de duas formas: Enfrentamento pró-ativo (há uma ação antecipada ao fator estressante, com o objetivo de evitá-los ou diminuir seu impacto) e Enfrentamento combativo (há uma fuga ou tentativa de escapar do estressor, podendo haver necessidade de fatores externos).

### ***Estratégia de Coping: influência do gênero***

Dell'Aglio (2003) afirma que o gênero influencia diretamente na escolha das estratégias de *coping*, porque os meninos e as meninas são socializados de formas diferentes gerando, muitas vezes, personalidades contrárias com relação a preferências, reações emocionais e funções a serem exercidas na sociedade. Apesar das estratégias de *coping*, tanto em níveis cognitivos quanto comportamentais, contribuem para elevar os índices de bem-estar psicológico de ambos os sexos (CÂMARA; CARLLOTO, 2011).

Outros autores (Heckhausen; Schultz, 1995; Rijavec; Brdar, 2002; Borges et al, 2008) também afirmam que há diferenças significativas nas estratégias de *coping* entre os gêneros. Esses autores defendem que as adolescentes do gênero feminino possuem tendências em usar estratégias mais passivas, centradas na emoção, e a procura por apoio social. Já os adolescentes do gênero masculino usam, com mais frequência,

as estratégias focadas no problema, apresentando dificuldade em aceitar uma situação ruim ou esperar pela sua solução. Segundo Antoniazzi, Souza e Hutz (2009), os adolescentes do gênero masculino buscam responder à exigência da sociedade, afirmando que o homem mostre independência e coragem, o que o leva a não procurar ajuda de outras pessoas, enquanto as adolescentes prezam mais por estratégias pró-sociais.

Ryan-Wenger (1992) também afirma que as estratégias de enfrentamento dos adolescentes e crianças possuem particularidades, quando comparados com adultos, pois os primeiros são influenciados por situações que fogem do seu controle, como: escola, professores, membros da família, situação financeira, entre outros.

### ***Estratégia de Coping: influência da experiência esportiva***

É possível ainda, que o nível de experiência na prática esportiva interfira diretamente nas estratégias de *coping*. Para Wenger, Sharrer e Wynd (2000 *apud* BORGES *et al.*, 2008) as crianças e os adolescentes, devido inexperiência de vida por causa da pouca idade, podem não possuir uma gama variada de estratégias para lidar com situações estressantes de forma eficaz. Porém, Losoya (1998 *apud* Dell’Aglia, 2003) verificou que, na adolescência, os indivíduos passam a usar estratégias que demandam processos cognitivos mais sofisticados, podendo enxergar a situação como um desafio a ser vencido e resolvendo-o de acordo com suas próprias habilidades.

Segundo Junior (2002, *apud* RIBEIRO, 2011), atletas jovens do sexo feminino, podem apresentar níveis mais elevados de estresse competitivo, já atletas mais experientes veem a competição como desafiadora, buscando a superação. Torna-se necessário então, que o atleta seja avaliado segundo a sua perso-

nalidade e que conheça as suas próprias emoções e as formas de expressá-las. Segundo Caruzzo (2010) os atletas confiam no que aprendem durante o treinamento, aproveitando suas habilidades e talentos para resolverem o problema, de forma que o possível fracasso se torne uma motivação para tentarem novamente.

### ***Estratégias de Coping: Influência do nível de Atividade Física***

Além disso, outro fator que influencia diretamente na escolha das estratégias de *coping*, é o nível de atividade física. Estudo realizado por Tomé e Valentini (2006) apontou que os adolescentes que praticam atividade física regularmente apresentaram níveis inferiores de agressividade, quando comparados aos sedentários. A autora afirma que uma justificativa para essa questão é que a atividade física concede oportunidades para expressar sua carga de hostilidade em momentos adequados e distancia o praticante de seus problemas diários, o que melhora seu bem estar físico e psicológico, fazendo com que a agressividade seja diminuída.

Deve-se ressaltar que atitudes agressivas são fatores extremamente pessoais, dependendo da situação em que o indivíduo está no momento, os fatores que influenciam em seu comportamento e a forma com que ele reage as situações. Porém, na competição podem haver situações estressantes ao ponto do atleta usar de ações agressivas para controlar esse nível de excitação.

### ***Competição***

A competição é o momento que o atleta possui para mostrar seus atributos, com o objetivo de ter um desempenho melhor que a de seus adversários. Um processo social que ocorre quando são dadas recompensas às pessoas com base em

seu desempenho comparado com o de outros indivíduos que estejam realizando a mesma tarefa ou participando de evento semelhante (WEINBERG; GOULD, 2008).

É através da competição que conhecemos quem serão os vencedores, subentendendo que são os mais preparados e melhores, ao ponto de alcançarem a vitória sobre os adversários. É um processo onde vários aspectos podem interagir e dar aos atletas atributos para apresentarem a melhor atuação, unindo as condições do indivíduo ou da equipe com os fatores que fazem parte do meio, como o local, os adversários, os árbitros e o clima, entre outros (De ROSE Jr, 2002). Para o autor, a competição envolve diversos fatores para sua realização, além da preparação da equipe ou do atleta (preparação física, treinamentos técnicos e táticos, cuidados pessoais gerais), como o planejamento geral da competição e aspectos administrativos, registro dos atletas, viagens, patrocinadores, entre outros. Sem uma administração organizada e um planejamento bem feito, esse conjunto de fatores influencia no desempenho das equipes durante a competição.

O processo competitivo apresenta quatro aspectos distintos e que se completam; são eles: (1) Confronto: que ocorre entre dois ou mais indivíduos ou equipe e é necessário para haver competição. O confronto pode ser pessoal (quando o atleta busca superar sua própria marca), de contato direto (havendo confronto contra adversários, e de contato indireto; (2) Demonstração: momento em que o atleta mostra as qualidades e habilidades aprendidas e desenvolvidas durante a carreira ou o processo de treinamento; (3) Comparação: feito através de um modelo ou padrão já pré-determinado, comparando sua atuação com a de um adversário ou com a meta proposta para ser alcançada; (4) Avaliação: pode ser feita pelas pessoas presen-

tes no evento. Muitas vezes, essa avaliação não segue critérios de julgamento válidos e, dependendo do tipo de esporte, pode ser quantitativa (levando em consideração os resultados apresentados) ou qualitativa (medindo o desempenho do atleta ou equipe). São essas avaliações que podem desmotivar o atleta durante o processo competitivo, interferindo diretamente na sua atuação (DE ROSE JR, 2002).

Segundo Machado (2012) a competição deve ser formativa e educativa para que possa contribuir para o desenvolvimento de nossos jovens. Da maneira como está sendo realizada, ainda não dialoga com a ocorrência de violências e a banalização e incremento desse fenômeno em competições esportivas, a exemplo do Futebol. Por outro lado, pais e técnicos, quem poderiam contribuir significativamente neste processo, são citados como as fontes mais fortes de influência de agressividade e violência, insultando, encorajando á luta e insuflando seus filhos.

## **Conclusão**

A partir de aspectos que foram evidenciados nesse capítulo a violência e a agressividade manifestam-se no esporte de forma multifacetada, fazendo parte do processo competitivo, desde a infância até a idade adulta, implicando as vezes em condutas que extrapolam os palcos esportivos e acabam contaminando o convívio social dos sujeitos, produzindo uma violência que deprecia os níveis de saúde de uma população, levando em conta que saúde depende do bem estar biopsicosocial da pessoa.

Contudo, foram expostas estratégias que auxiliam na diminuição da violência, baseadas na forma como o sujeito lida

com cada situação, mostrando que existem formas de contornar o tipo de comportamento agressivo que desencadeia atitudes violentas, para que o indivíduo, seja um atleta de alto nível ou um esportista amador, melhore seu rendimento mantendo a integridade sócio-educacional do esporte.

## Referências

ANTONIAZZI, A. S.; SOUZA, L. K. de; HUTZ, C.S. Coping em situações específicas, bem-estar subjetivo e autoestima em adolescentes. **Revista Interinstitucional em Psicologia**, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 34-42, 2009.

ATAÍDE, Y. D. B. A educação e a cultura da paz. **Revista da FAEEBA**, Salvador, ano 9, n.14, p.11-18, 2000.

BARROSO, M. L.; VELHO, N.M.; FENSTERCEIFER, A.C. A violência no futebol: revisão sócio psicológica. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desenvolvimento Humano**, Florianópolis, v. 7, n.1, p. 64-74, 2005.

BENTO, J. O. Desporto para crianças e jovens: das causas e dos fins. In: GAYA, A.; MARQUES, A.; TANI, G. (org). **Desporto para crianças e jovens: razões e finalidades**. Porto Alegre: Editora UFRGS. 2004 p.21-56

BORGES, A.I. *et al.* Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: diferenças relacionadas com a idade e género. **Análise Psicológica**, Portugal, v. 26, n. 4, p. 551-561, 2008.

BOTELHO, R. G.; SOUZA, J. M. C. Bullying e educação física na escola: características, casos, consequências e estratégias de intervenção. **Revista de Educação Física**, Maringá, n. 139, p. 58-70, 2007.

BURITI, M. A. **Psicologia do Esporte**. Campinas: Editora Alínea, 2012. 211p.

CÂMARA, S. G.; CARLOTTO, M.S. Coping e gênero em adolescentes. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 87-93, 2011.

CARUZZO, N. M. **Análise da síndrome de burnout e das estratégias de coping em atletas de vôlei de praia**. Monografia (Graduação em Bacharel em Educação Física) - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Maringá, 2010.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. Jovens em situação de pobreza, vulnerabilidades sociais e violências. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 16, p. 143-176, 2002.

CHRISPINO, Á.; DUSI, M. L. H. M. Uma proposta de modelagem de política pública para a redução da violência escolar e promoção da Cultura de Paz. **Ensaio: avaliação política pública Educacional**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 61, p. 597-624, 2008.

COAKLEY, J.J.; COAKLEY, J. **Sports in society: Issues and controversies in Australia and New Zealand**. McGraw-Hill, 2008.

DANTE, D.R.J. **Esporte e Atividade Física na infância e na Adolescência: uma abordagem multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DELL'AGLIO, D.D. O processo de coping em crianças e adolescentes: adaptação e movimento. **Temas em Psicologia da SBP**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 38-45. 2003.

HECKHAUSEN, J.; SCHULZ, R. A life-span theory of control. **Psychological review**, Washington, v. 102, n. 2, p. 284, 1995.

LAZARUS, R. S. FOLKMAN. S. **Stress, Appraisal, and Coping**. New York: 1984.

MACHADO, A. A. Agressão e ansiedade em esportistas adolescentes. In: BURITI, M. A.(org). **Psicologia do Esporte**. Campinas: Editora Alínea, 2012. p. 75-101.

PUREZA, J. M. **Estudos sobre a Paz e Cultura da Paz**. Colóquio “Prevenção de Conflitos e Cultura da Paz”, Instituto da Defesa Nacional. Lisboa: 2000.

RIJAVEC, M.; BRDAR, I. Coping with school failure and self-regulated learning. **European Journal of Psychology of Education**, v. 17, n. 2, p. 177-194, 2002.

RIBEIRO, R. F. S. **Avaliações cognitivas, emoções e coping no futebol: estudo de caso no futebol de formação**. Dissertação (Mestrado em Ciências do Desporto) - Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, 2011.

RUBIO, K. Psicologia do Esporte: Histórico e Áreas de atuação. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 60-69. Abril, 1999.

RUBIO, K. Da psicologia do esporte que temos à psicologia do esporte que queremos. **Revista Brasileira de Psicologia do Esporte**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 01-13, 2007.

RUSS, J. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo, SP: Scipione 1994.

RYAN-WENGER, N. M. A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. **American Journal of Orthopsychiatry**, Menasha, v. 62, n. 2, p. 256-263, 1992.

SMITH, M.D. *et al.* **Violence and sport**. 1983.

STAREPRAVO, F. A.; MEZADRI, F. M. Esporte, relações sociais e violência. **Revista Motriz**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 59-63. Rio Claro, 2003.

TOMÉ, T. H.; VALENTINI, N. C. Benefícios da atividade física sistemática em parâmetros psicológicos do praticante: um estudo sobre ansiedade e agressividade. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 123-130, 2006.

VIEIRA, L. F.; VISSOCI, J. R.; OLIVEIRA, L. P.; VIEIRA, J. L. Psicologia do Esporte: Uma área emergente da Psicologia. **Revista Psicologia em Estudo** (Univ. Federal de Maringá), Maringá, v. 15, n. 2, p. 391-399. Abril/Junho, 2010.

WEINBERG, R.; GOULD, D. **Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício**. 4. ed. São Paulo: Artmed, 2008.

ZALUAR, A. Um debate disperso: violência e crime no Brasil da redemocratização. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 3-17, 2000.

# PARTE 2

## *VIOLÊNCIAS CONFRONTANDO ESPAÇOS EDUCACIONAIS*

# Percepções e estratégias de enfrentamento ao *bullying* na escola por alunos e professores

Luiza Luana de Araújo Lira Bezerra

Ilvana Lima Verde Gomes

Sarah Vieira Figueiredo

Cláudia Sobral de Oliveira Uchoa

Mayara Kelly Moura Ferreira

Déborah Danna da Silveira Mota

## Introdução

A violência, em suas origens e manifestações, representa um fenômeno sócio-histórico que acompanha a história da humanidade e não constitui, por si, um problema de saúde pública (BRASIL, 2001; MINAYO; SOUZA, 2006). Entretanto, quando se analisa suas consequências na saúde individual e coletiva, percebe-se que é um problema que deve ser observado pela ótica da saúde, visto que exige, para seu enfrentamento e prevenção, a formulação de políticas e práticas específicas peculiares ao setor (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

Dentro do processo de inserção da problemática da violência no âmbito da Saúde Pública, dada sua importância para o processo de saúde e doença das populações, a Organização Mundial de Saúde (OMS), ao publicar, em 2002, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, define violência como o uso intencional de força ou poder e que pode resultar em ferimentos, morte, prejuízos psicológicos, problemas de desen-

volvimento ou privação (KRUG, 2002, p.5).

Estudos mostram que os jovens são o grupo populacional que mais sofre as sérias consequências individuais e sociais da violência, aparecendo nas estatísticas de mortalidade como os que mais morrem e os que mais matam (UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2005).

Dados do Inquérito da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), realizado pelo Ministério da Saúde em 2006 e 2007, apontam que a violência entre os jovens é a maior causa de morbimortalidade nessa faixa etária, e os principais locais de ocorrência apontados foram a via pública, a residência e a escola (BRASIL, 2009).

A violência juvenil é a forma de violência mais visível na sociedade. É assim denominada por ser cometida por pessoas com idades entre 10 e 21 anos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1999; AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2008). Quando a vinculamos aos locais onde ela acontece, a escola surge como um dos principais espaços de sua ocorrência.

Assim, por afetar a sociedade como um todo, a violência atinge também o âmbito escolar e se expressa no seu cotidiano por meio de preconceitos, intolerâncias e outras expressões. Essa idéia é constatada por Leme (2009) ao referir que a violência atinge os territórios circunvizinhos à escola e, por extensão, propaga-se para dentro da escola em proporções alarmantes.

O termo “violência escolar” diz respeito a todos os comportamentos agressivos e anti-sociais, incluindo os conflitos interpessoais, danos ao patrimônio e atos criminosos. Muitas dessas situações associam-se a fatores externos, cujas inter-

venções podem estar além da competência e capacidade das entidades de ensino e de seus funcionários (LOPES NETO, 2005). O comportamento violento resulta da interação entre o desenvolvimento individual e os contextos sociais, como a família, a escola e a comunidade (ANTONIO NETO; SAAVEDRA, 2004).

Comumente, quando se fala em violência escolar, *logo nos vem à mente* a violência explícita, que é a forma de violência que está relacionada a situações em que alunos discutem, brigam, agredem-se, ou imaginam-se casos de invasão de escolas por alunos ou ex-alunos problemáticos munidos de armas que depredam o patrimônio e provocam, por muitas vezes, trágicos assassinatos (FANTE, 2005).

Aliada à violência explícita, outra forma de violência deve despertar a atenção dos profissionais: aquela que se manifesta de forma velada, por meio de um conjunto de comportamentos cruéis, intimidadores e repetitivos, prolongadamente contra uma mesma vítima, e cujo poder destrutivo é perigoso à comunidade escolar e à sociedade como um todo, pelos danos causados ao psiquismo dos envolvidos no fenômeno. Estamos nos referindo ao *Bullying*, fenômeno que gera e alimenta a violência explícita e vem se disseminando nos últimos anos nas escolas dos mais diversos países e, ultimamente, no Brasil (FANTE, 2005).

O termo *bullying* (do inglês *bully* = valentão, tirano, brigão) não tem tradução adequada em português (MALTA et al., 2010). No Brasil, adotamos o termo, que de forma geral, foi adotado na maioria dos países (FANTE, 2005). O fenômeno se caracteriza então por uma ação repetitiva e se caracteriza pela assimetria de forças entre o ameaçador e a vítima, o que caracteriza uma relação de poder assimétrica (OLWEUS, 2001).

Fante (2005) corrobora os estudos de Olweus (2001), afirmando que o *bullying* apresenta características peculiares, que impedem que seja confundido com outras formas de violência e que torna possível a intimidação da vítima. Dentre essas características pode-se citar sua natureza repetitiva, desequilíbrio de poder entre vítima e agressor, incapacidade da vítima de se defender e de motivar pessoas a agirem em sua defesa e, dentre elas, a mais grave é a propriedade de causar traumas ao psiquismo de seus envolvidos.

Portanto, de acordo com Fante (2005), por definição universal, *bullying* é um conjunto de atitudes agressivas, intencionais e repetitivas, que ocorrem sem motivação evidente, adotado por um ou mais alunos contra outro(s), causando dor, angústia e sofrimento. Insultos, intimidações, apelidos cruéis, gozações que magoam profundamente, acusações injustas, atuação de grupos que hostilizam e ridicularizam outros alunos, levando-os à exclusão, além de causar danos físicos, morais e materiais, são algumas das manifestações do comportamento *bullying*.

O *bullying escolar* é uma prática encontrada em todas as culturas (DUE *et al.*, 2005). O fenômeno acarreta para as vítimas sofrimento psíquico, diminuição da auto-estima, isolamento, prejuízos no aprendizado e no desempenho acadêmico (MOURA; CRUZ; QUEVEDO, 2011).

Dessa forma, o conhecimento acerca do fenômeno, suas características e, sobretudo, suas implicações é fator decisivo para iniciativas bem sucedidas voltadas à intervenção e à prevenção do *bullying* (FANTE, 2005; OLWEUS; LIMBER, 2010).

Diante desse contexto, o *bullying* tem se mostrado como uma epidemia grave em avanço no mundo, consoante evidenciam as taxas de prevalência apresentadas em estudos. Olweus, em seus estudos iniciais sobre a temática, constatou que a cada

sete alunos, um estava envolvido em casos de *bullying* (FANTE, 2005).

No inquérito transversal Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) realizado com a população escolar em mais de quarenta países, a Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou que alunos de 13 anos (14,0%) referiram sofrer *bullying* nos últimos dois meses, sendo a maior frequência na Lituânia (29,0%) e a menor na Suécia (4,5%) (WHO, 2008). Fisher et al (2010) revelaram que dentre uma amostra de 5.168 estudantes que cursavam da 5ª a 8ª série em escolas públicas e privadas nas regiões do Brasil, 12,5% dos estudantes sofreram *bullying*

Essas altas taxas são preocupantes e apontam para a necessidade de estratégias precoces e efetivas que visem ao combate ao *bullying*. Pesquisas descrevem intervenções bem sucedidas, fundamentadas em ações multidisciplinares que envolvem os vários níveis de prevenção (WHO, 1992, OLWEUS, 1993).

Entretanto, apesar da dimensão e das consequências do fenômeno, esta problemática tem sido socialmente negligenciada, visto que muitos adultos a consideram inevitável na trajetória escolar e, por vezes, encaram como algo que faz parte da iniciação à vida adulta (FREIRE; SIMÃO; FERREIRA, 2006; LOPES NETO, 2005; MASCARENHAS, 2006).

Uma parcela de educadores que trabalham nas escolas não encara os comportamentos dos estudantes como ameaça e opressão enquanto comportamentos de violência (MATOS; GONÇALVES, 2009). Dessa maneira, o não reconhecimento do *bullying* pelos professores como uma prática danosa ao desenvolvimento psíquico dos alunos contribui para a incidência e manutenção do *bullying* no ambiente escolar.

A justificativa de se conhecer e estudar esse fenômeno dentro da escola se reforça na medida em que a repetitiva exposição ao *bullying* pode acarretar às vítimas, problemas comportamentais e emocionais, destacando-se o estresse, as implicações na auto-estima, ansiedade, depressão, baixo rendimento escolar e até mesmo casos de suicídio (OLIVEIRA; ANTONIO, 2006; BOYNTON-JARRETT *et al.*, 2008). Desta forma, o objetivo do estudo foi descrever estratégias de enfrentamento ao *bullying* atribuídas por escolares e educadores.

## **Método**

Trata-se de estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizada em Fortaleza-CE, no período de julho a setembro de 2012. O lócus do estudo foi uma Escola de Ensino Infantil e Fundamental, que atendia uma média de 682 alunos e funcionava nos turnos manhã e tarde com 58 professores formando seu corpo docente. A maioria dos alunos eram provenientes de um bairro com elevados índices de violência e população de baixo nível socioeconômico.

A pesquisa foi realizada com dois grupos: alunos do Ensino Fundamental e educadores. Foram considerados educadores os que trabalhavam diretamente com o processo de ensino-aprendizagem no âmbito escolar, como professores, diretora, vice-diretor e coordenadores. Os educadores inclusos no estudo foram: ministrar aulas nas respectivas turmas participantes do estudo (especificamente os professores), ter no mínimo seis meses de vínculo com o serviço, não estar de férias ou licença.

No que se referem aos alunos, os critérios de escolha para os participantes foram: cursar do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental e estudar na escola há um período mínimo de

seis meses. Participaram do estudo 22 alunos e 10 educadores. Os alunos foram escolhidos após a realização de um questionário sobre *bullying* com 139 alunos do 6º ao 9º ano.

Para delimitar o número de alunos a serem entrevistados, além dos critérios citados, adotou-se a saturação teórica das informações como balizador final. A escolha intencional teve como referência o método usado em estudos de abordagem qualitativa com o fechamento ou ampliação do tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a inclusão de novos sujeitos, quando os dados obtidos passam a apresentar repetições e reincidências, não sendo considerado relevante continuar a coleta dos dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A entrevista semiestruturada foi gravada, realizada de forma privativa e individual com os alunos e educadores. Antes de aplicar a entrevista, foi apresentada individualmente a pesquisa para os pais e alunos e para cada educador, sendo solicitado a estes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e do Comitê da Secretaria Municipal de Educação do município de Fortaleza, Ceará, sendo aprovado conforme número do parecer 11583281-5.

Com a preservação do anonimato dos participantes, os nomes dos alunos foram substituídos pela letra “A” e um número, conforme a ordem das entrevistas, e os dos educadores pela letra “E” também seguida de um número.

## Resultados e Discussão

### *Estratégias de enfrentamento ao bullying*

A partir da análise dos depoimentos, trabalhou-se as opiniões dos estudantes e educadores sobre as estratégias de enfrentamento ao *bullying* na escola. A maioria dos estudantes, ao serem questionados sobre o que fazer para combater o *bullying* na escola, acreditava que a escola e os pais deveriam conversar com os autores de *bullying*, apesar de alguns descreditarem que esse posicionamento pudesse suprimir essas atitudes agressoras.

*Acho que a direção da escola e os pais têm que conversar com quem pratica (A3).*

*[...] botar regra na escola. Se o outro colega implicar com o outro, aí é melhor chamar os pais. É conversar com aluno, explicar o que é errado, o que é certo e mostrar o que ele tá fazendo e falar como ele se sentiria se o outro faria o mesmo com ele e os pais precisam saber (A9).*

*[...] tirar essas pessoas que fazem isso ou então chamar pra conversar com alguém pra melhorar ver se tem algum problema ou não. Os adultos que tem mais experiência já com isso, têm que chegar pra conversar. Explicar o que é que traz, o que é que não traz de bom e de ruim (A16).*

*Os professores também podiam dar uma opinião pra ele, ver se ele escutava só que tem muitos alunos, muito menino por aí que nem escuta isso (A20).*

Percebeu-se pelos relatos que a maioria dos escolares considerava o diálogo com os alunos envolvidos em situações de *bullying*, envolvendo a participação dos pais e da escola, como ferramenta para enfrentá-lo, constatando-se assim a importância da aliança entre a escola e a família no controle da violência entre alunos. Contudo, para que esse diálogo possa existir, torna-se necessário romper com o silêncio que envolve as situações de *bullying* e isso somente irá acontecer quando os alvos se sentirem ouvidos, respeitados e valorizados (LOPES NETO, 2005).

O *bullying* é, antes de tudo, uma forma específica de violência. Assim, deve ser identificado, reconhecido e tratado como problema social complexo e de responsabilidade de todos os segmentos da sociedade. Neste sentido, a escola pode e deve representar papel fundamental na redução desse fenômeno, por meio de programas e ações combativas dos casos instalados. Para isso, é necessário que a instituição escolar atue em parceria com a família dos alunos e com todos os setores que lutam pela redução da violência (SILVA, 2010).

Dentre as propostas de mecanismos para combater o *bullying*, os escolares expressam opiniões referente à responsabilidade da escola e professores frente à ocorrência de *bullying*.

*Os professores podiam ficar observando aquele aluno que pareça ter algum problema,*

*observar aquele aluno do jeito que ele é, se ele fica no canto, se ele fica triste, observar ele [...] e ver o que está acontecendo, se ele está sofrendo bullying ou alguma coisa em casa e procurar os alunos que fazem isso com ele, pra conversar com eles, pra eles não fazerem mais, e se ele continuar fazendo dá um castigo, falar com os pais (A2).*

*Os professores devem falar, ajudar [...] ensinando, incentivando, pra não desistir, não abandonar os estudos, os sonhos, ter esperança (A19).*

Os escolares atribuíam a responsabilidade de agir nas situações de *bullying* aos professores, focando suas ações tanto nas vítimas quanto nos autores, pois acreditavam que estes poderiam contribuir para o enfrentamento do fenômeno. Esse fato também foi relatado no estudo realizado por Ferreira, Junqueira e Gracioli (2009), onde as vítimas de *bullying* de escolas públicas transferiam a culpa das agressões para a direção escolar, sendo a escola a única responsável, de acordo com os alunos, por tomar medidas contra esses atos.

Em Martins (2005), averiguou-se que a maioria dos jovens considera a possibilidade de contar com o auxílio dos professores para resolver os problemas de maus-tratos. Nesse sentido, Tognetta (2005) aduz que as ações no contexto do *bullying* devem contemplar causadores e vítimas, pois ambos precisam de ajuda. Por um lado, as vítimas sofrem deterioração da sua autoestima e do conceito que tem de si, por outro, os agressores também precisam de auxílio, visto que sofrem grave deterioração de sua escala de valores e, portanto, de seu desenvolvimento afetivo e moral.

Entretanto, apesar de acreditarem no importante papel dos professores e diretores na lida com o *bullying*, emergiu-se das falas dos estudantes a insatisfação em relação ao real posicionamento destes frente a essas situações no ambiente escolar, conforme os relatos a seguir:

*Eu acho que a diretora pode fazer é escutar os outros, mas ela não escuta. Toda vez que eu chamo o vice-diretor ele me manda ir pra sala, chamo a diretora e ela também me manda ir para sala (A1).*

*Eles podiam reclamar! Mas só que quando acontecem, eles fica sentado, ele manda sentar, mas não fala nada sobre o que os outros estão fazendo [...] não fazem nada. Entrevistadora: Algum professor já falou de bullying na sala? Não, o que eu sei (riso breve) eu que pesquisei na internet (A9).*

*Eu acho que [...] talvez os professores ter mais atenção, quando acontece essas coisas. A maioria num faz nada, fica só olhando, todo dia acontece isso, mas num faz nada (A18).*

É possível que o *bullying*, por não ser um tipo de violência explícita e não deixar marcas visíveis configure-se como prática subestimada pelos professores e gestores escolares. Entretanto, o que não pode ser pedagogicamente aceitável entre docentes, é uma prática de indiferença e omissão diante de situações inadequadas ou suspeitas entre os alunos, como se nada estivesse acontecendo (OLIBONI, 2008).

Segundo Francisco e Libório (2009), alunos que, após terem tentado ajuda junto aos profissionais da escola, e verifi-

carem que tiveram dificuldades em auxiliá-los, não veem mais alternativas para resolver este problema. Tais dificuldades não estão ligadas somente ao descaso em resolver os conflitos, mas supõe-se que haja desinformações e recursos para os profissionais da educação lidar com as distintas formas de violência. Por isso, a importância de trazer as discussões sobre tal assunto para o meio acadêmico, escolar e demais segmentos sociais, a fim de que avanços e respostas possam ser oferecidos à sociedade.

Percebeu-se pela fala de um aluno a incapacidade que alguns professores têm para oferecer resposta eficaz às situações de *bullying* que ocorrem na sala de aula, agindo, muitas vezes, com agressividade e autoritarismo na tentativa de obter controle diante do grupo. Por outro lado, o aluno testemunhou sua própria mudança de atitude e a eficiência da relação entre professores e alunos, quando essa interação ocorre de forma harmônica e utiliza estratégias comunicacionais para uma melhor compreensão dos estudantes.

*[...] Conversar mais com os alunos (resposta rápida), que nem a E.4 (professora) faz. Conversar com calma não gritando. Eu era pior! A E.4 chegou na escola, aí ela começou a falar, a gente foi por ela. Que as outras professoras gritava aí a gente começava a brincar com a cara do professor. Ela fala baixo e ao mesmo tempo ela é legal porque ela fala brincando, ela conversa mais com a pessoa. Pra ela lhe colocar pra fora de aula tem que se fazer muita besteira mesmo. Porque ela é legal, ela se interage mais com a gente (A14).*

O modelo agressivo adotado por alguns educadores, de acordo com Fante (2005), transforma-se em exemplos para

muitos alunos, que acabam repetindo as condutas agressivas adotadas por seus mestres, gerando um impacto contrário no papel dos educadores, que ao invés de contribuírem para a resolução dessas situações de violência na escola, favorecem a sua propagação. Em se tratando da violência que parte da escola, possivelmente, a mais comum seja a dos professores contra seus alunos, através da coerção (VIECILI; MEDEIROS, 2002). Com o intuito de conter o mau comportamento e a indisciplina dos alunos, os professores se utilizam da repressão para buscar o controle da turma (OLIVEIRA, 1998).

Silva (2010) explica que todo professor deve proceder de forma que seu comportamento seja exemplo para seus alunos. Entretanto, por vezes, a escola se depara com circunstâncias em que o docente se destitui de suas obrigações e cria situações que podem por outro lado ameaçar, constranger ou colocar em risco a integridade física e/ou psicológica do escolar.

Algumas falas revelaram a necessidade que os estudantes sentiam de que o assunto fosse abordado na escola e de forma mais contínua, desaprovando iniciativas pontuais, como as palestras. Para os estudantes, a discussão acerca do *bullying* durante as atividades nas salas de aula contribui para uma maior clarificação desse tema e possibilidade de redução na sua recorrência, tanto na escola, como em todos os ambientes que compõem os setores da sociedade.

*Não são palestras, é mesmo no cotidiano das aulas você está dando aquilo dali pra ver se as pessoas se conscientizam pra que não aconteça nas escolas e nem em lugar nenhum. Porque isso não acontece só nas escolas, acontece em outros locais. A própria sociedade é preconceituosa (A17).*

*Devia falar mais sobre o bullying e ajudar as outras pessoas que sofrem. As pessoas que vão dá palestra, que vão falar sobre o bullying fala pouco e, assim, às vezes nem entende e as pessoas que sofre o bullying tem vergonha de dizer (A19).*

Ressalta-se que independente da forma de debate escolhida pelo palestrante ou educador, esta deve possibilitar situações de escuta menos intimidadoras (*feedback*), nas quais os estudantes possam expor suas dúvidas e opiniões sobre o assunto, fomentando a sua participação e a formação de um pensamento crítico e dialógico contribuinte para uma melhor apreensão das ideias expostas.

Para Lopes Neto (2011), a condição básica para que o *bullying* seja minimizado nas escolas é que sejam adotadas políticas de enfrentamento pautadas no desenvolvimento de um trabalho continuado. Ações que podem ser incluídas no cotidiano escolar, sem que novas disciplinas sejam acrescidas à matriz curricular, mas inserindo o *bullying* como tema transversal e permanente em todos os momentos da vida escolar.

Por outro lado, na busca por estratégias de enfrentamento ao *bullying* na escola, os educadores acreditam que as ações devem objetivar a preparação dos professores e da escola para atuar na sua prevenção, o fortalecimento da relação entre a família e a escola e o desenvolvimento de projetos e palestras que visem conscientização dos alunos.

*Seja lá como for o tipo de bullying, eu acho que primeiro o professor, ele tem que está preparado pra lidar com essas situações. Porque nem sempre, o educador, as pessoas que trabalham na escola são capazes de lidar. Ou*

*as próprias pessoas que estão na escola hostilizam essas crianças. Eu acho que a escola pública, principalmente, eu não sei se a escola particular também, ela não está ainda totalmente preparada para aceitar esse problema que é tão grande assim, que vem afetando a questão da sociedade mesmo. Acho que a sociedade está precisando de um trabalho melhor em relação a isso (E1).*

A fala da professora demonstrou a fragilidade que os profissionais de educação enfrentam no cotidiano escolar para lidarem com as situações de violência entre os estudantes. Revelou, ainda, em seu relato, a violência perpetrada pela própria escola contra seus alunos, perpetuando-se assim um ciclo vicioso de violência. Nesse sentido, percebe-se que diante das dificuldades encontradas para lidar com os problemas de comportamentos agressivos entre estudantes, a escola pode muitas vezes assumir posturas agressivas diante dessas situações.

Nesse contexto, faz-se necessária uma maior orientação e capacitação dos docentes acerca do bullying, dos seus autores, das vítimas e testemunhas, práticas utilizadas pelos agressores, dos locais onde esse evento costuma ocorrer na escola e do que pode ser feito para preveni-lo, a fim de que estes saibam identificar, distinguir e diagnosticá-lo. A partir desse entendimento, também haverá a possibilidade de buscar-se e discutir-se estratégias acerca da resolução dessas questões, reduzindo, assim, o índice dessas agressões (FANTE, 2005; FERREIRA; JUNQUEIRA; GRACIOLI, 2009).

Pelo que se verificou nas observações e, posteriormente, reafirmou-se nas falas, os educadores conseguem identificar as práticas de *bullying*, porém não possuem competência e prepa-

ro para lidarem com o fenômeno, ou não se veem como responsáveis e imprescindíveis para o seu combate, assumindo muitas vezes uma postura passiva diante de sua ocorrência.

*Eu acho que todos os professores sabem identificar; ele não faz, ele não sabe é trabalhar com a situação. Identifica, sabe o que está acontecendo, mas aí assim, Porque que eu vou ter trabalho? Eu vou deixar acontecendo aí, e vai deixando. Aí quando acontece o pior em sala de aula “Ah! Porque eu num sabia”, “Porque num sei quê” aí vem às desculpas. Mas eu acho que o professor, ele está em sala de aula, principalmente, todos os dias naquela turma, ele sabe, ele identifica, ele sabe o nome dos seus alunos, ele sabe quem é que sabe ler, quem é que num sabe ler, quem é bom em matemática, quem não é, porque que ele num identifica um problema maior? (E3).*

Professores e coordenadores muitas vezes omitem-se em relação aos episódios de violência por sentirem-se despreparados para resolver ou auxiliar na sua resolução, em detrimento do próprio desconhecimento acerca do real significado do *bullying*, ou por acreditarem que este seja um evento normal, “coisa de criança”, ou algo comum a faixa etária, e desse modo nada é feito por parte dos educadores (FERREIRA; JUNQUEIRA; GRACIOLI, 2009).

Outra estratégia de enfrentamento apontada pelos professores foi o desenvolvimento de ações junto às famílias dos alunos envolvidos em casos de *bullying*, fortalecendo a relação família-escola com o objetivo de reduzir o fenômeno.

*Por parte da escola eu acho que pode trazer mais os pais pra escola, entendeu? Conversar mais. Então eu acho que a escola poderia chamar mais a família junto, fazer mais reuniões com os pais. Reuniões que realmente fosse exatamente pregado sobre isso, essa coisa dos valores morais pra própria família, entendeu? Eu acho que podia se juntar mais era aliar a escola com família. É imprescindível, o trabalho precisa também ser feito na família. Eu acho que o aluno quando ele vem pra cá com essa, essa coisa de praticar o bullying, eu acho que é por trás do seio familiar está havendo uma defasagem. Eu acho que trabalhar com família seria muito interessante. Não seria o ponto de partida, seria o principal (E4).*

Fante (2005), a exemplo do Programa Educar para a Paz, projeto que desenvolveu com o objetivo de buscar estratégias de intervenção e prevenção do *bullying*, afirma que para que se alcance êxito na implantação de ações antibullying é imprescindível a participação do segmento familiar. Isentar a participação dos pais é equivocar-se na ideia que a escola é a única responsável pelo processo educacional.

A mesma autora, nas suas reflexões sobre as iniciativas antibullying, refere que estas visam melhoria da competência dos profissionais e da capacidade de interação social nas relações interpessoais, além da estimulação de comportamentos positivos, cooperativos e solidários. Baseado nesta premissa, parte da reflexão pedagógica centrou-se na temática dos valores humanos, como a ética, a moral e a cidadania.

A fala a seguir revela a importância que alguns dos educadores atribuem à implantação de projetos educativos centrados no ensino de valores e atitudes que combatam a violência.

*Nas minhas aulas, como eu estou tentando criar aqui na escola o chamado Projeto Cidadania. Abre espaço das minhas aulas de Língua Portuguesa para gente trabalhar a coisa da ética, do respeito, da cidadania, do amor ao próximo, entendeu? E, e trabalhar isso com os alunos e na escola toda (EA).*

Nesse sentido, ensinar crianças e adolescentes a desenvolverem atitudes positivas, cooperativas e solidárias, é uma medida que os auxiliará a conviver pacificamente e a construir um mundo melhor. Portanto, a escola deve estimular o ensino e o desenvolvimento de atitudes que valorizem a prática da tolerância e da solidariedade entre os alunos. O diálogo, o respeito e as relações de cooperação precisam ser valorizados e assumidos por todos os envolvidos no processo educacional (FANTE, 2005).

## **Considerações Finais**

O enfrentamento do *bullying*, na visão dos escolares, exigia a participação de pais e educadores e manifestaram o desejo que o assunto fosse abordado continuamente no cotidiano da escola, e não em iniciativas pontuais como palestras. Para os educadores, o combate ao *bullying* perpassa inicialmente pela preparação dos professores para lidar com o fenômeno, fortalecimento da relação família-escola e o desenvolvimento de projetos centrados em valores fundamentais de respeito, solidariedade e amor.

Concluiu-se que diante das limitações, este estudo não esgota as discussões sobre o *bullying* e sim contribui para fornecer visibilidade ao fenômeno no meio acadêmico e escolar,

bem como auxiliar no planejamento de intervenções que se voltem ao enfrentamento do *bullying*. Destaca-se que para a elaboração de tais medidas, torna-se necessário ampliar as discussões sobre o fenômeno, envolvendo pais, alunos, professores e funcionários, a fim de que a participação de todos possa contribuir de forma efetiva com medidas que visem à prevenção e o combate ao bullying entre estudantes.

## Referências

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Task Force on Violence. The Role of the Pediatrician in Youth Violence Prevention in Clinical Practice and at the Community Level. **Pediatrics**, Springfield, v. 103, p. 173-181, 1999.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. **Commission for the prevention of youth violence** [Internet]. Youth and violence, 2008. Disponível em: [www.ama-assn.org/ama](http://www.ama-assn.org/ama). Acesso em: 20 mar. 2011.

ANTONIO NETO, A.; SAAVEDRA, L. H. **Diga NÃO para o Bullying**. Rio de Janeiro: ABRAPIA, 2004.

AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 101-112, 2008.

BOYNTON-JARRETT, R. *et al.* Cumulative violence exposure and self-rated health: longitudinal study of adolescents in the United States. **Pediatrics**, Springfield, v. 122, n. 5, p. 961-970, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes**, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria GM/MS, 1968, 2001. **Dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação de suspeita ou confirmação de maus tratos cometidos contra crianças e adolescentes aos conselhos tutelares.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

DUE, P. et al. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. **Eur J Public Health.** v. 15, p.128 -132, 2005.

FANTE, C. A. Z. **Fenômeno bullying:** como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz. Campinas: Verus, 2005.

FERREIRA, V. A.V.; JUNQUEIRA, R. P. P.; GRACIOLI, M. M. Bullying - agressão invisível: as representações de alunos e professores de escolas de ensino fundamental da cidade de Ituverava. **Nucleus,** São Paulo, v.6, n.2, out. 2009.

FISCHER, R. M. et al. **Relatório de pesquisa:** *bullying* escolar no Brasil [Internet]. Centro de Empreendedorismo Social e Administração em Terceiro Setor (Ceats) e Fundação Instituto de Administração (FIA). 2010. Disponível em:<http://catracalivre.folha.uol.com.br/wpcontent/uploads/2010/03/PesquisaBullying.pdf>. Acesso em: 8 maio 2012.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FRANCISCO, M. V.; LIBORIO, R. M. C.. Um estudo sobre bullying entre escolares do ensino fundamental. **Psicol. Reflex. Crit.,** Porto Alegre, v. 22, n. 2, 2009.

FREIRE, I. P.; SIMÃO, A. M. V.; FERREIRA, A. S. O estudo da violência entre pares no 3º ciclo do ensino básico: Um questionário

253 afetado para a população portuguesa. **Revista Portuguesa de Educação**, Portugal, v. 19, n. 2, p. 157-183, 2006.

KRUG, E. G. et al. **World Report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002.

LOPES NETO, A. A. Bullying: Comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 81, n. 5, p. 164-172, 2005.

LOPES NETO, A. A. **Bullying**: saber identificar e como prevenir. São Paulo: Brasiliense, 2011.

MALTA, D. C. et al . Bullying in Brazilian schools: results from the National School-based Health Survey (PeNSE), 2009. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 2 p. 3065-3076, 2010.

MARTINS, M. J. D. Agressão e vitimação entre adolescentes em contexto escolar: Um estudo empírico. **Análise Psicológica**, Portugal, v. 4, n. 23, 401-425, 2005.

MASCARENHAS, S. Gestão do bullying e da indisciplina e qualidade do bem-estar psicossocial de docentes e discentes do Brasil (Rondônia). **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 7, n.1, p. 95-107, 2006.

MATOS, M.G.; GONCALVES, S. M. P. Bullying nas Escolas: Comportamentos e Percepções. **Psic., Saúde & Doenças.**, Lisboa, v.10, no.1, p.3-15, 2009.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Avaliação do processo de implantação e implementação do Programa de Redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito**: municípios de Recife, Belo Horizonte, Goiânia, São Paulo e Curitiba. Relatório final da pesquisa. Rio de Janeiro: Claves, 2006.

MOURA, D.R.; CRUZ, A.C.N.; QUEVEDO, L. A. Prevalência e características de escolares vítimas de bullying. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 87, n. 1, p. 19-23, 2011.

OLIBONI, S. P. **O bullying como violência velada**: a percepção e ação dos professores. 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2008.

OLIVEIRA, M. H. **Analisando a relação professor-aluno**: do planejamento à sala de aula. 2. ed. São Paulo, SP: CLR Baleiro, 1998.

OLIVIERA, A. S.; ANTONIO, P. S. Sentimentos do adolescente relacionados ao fenômeno bullying: possibilidades para a assistência de enfermagem nesse contexto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 30-41, 2006.

OLWEUS, D. Bullying at school: tackling the problem. **Observer**, v. 225, p. 24-26, 2001.

OLWEUS, D. **Bullying at school**: what we know and what we can do. Oxford: Blackwell Publishers, 1993.

OLWEUS, D.; LIMBER, S.P. Bullying in school: evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. **Am J Orthopsychiatry**, Menasha, v. 80, p. 124-134, 2010.

SILVA, A. B. B. **Bullying**: mentes perigosas nas escolas. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

TOGNETTA, L. R. P. Violência na escola: Os sinais de *bullying* e o olhar necessário aos sentimentos. In: PONTES, A.; Lima, V. S. (Eds.). **Construindo saberes em educação**. Porto Alegre, RS: Zouck, 2005. p. 11-32

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Youth violence: A report of the Surgeon General** [Internet]. **Surgeon General**, [ca.2005]. Disponível em: [www.surgeongeneral.gov/library/youthviolence/report.html](http://www.surgeongeneral.gov/library/youthviolence/report.html). Acesso em: 10 set. 2011

VIECILI, J.; MEDEIROS, J. G. A coerção e suas implicações na relação professor-aluno. **PsicoUSF.**, itatiba, v. 7, n. 2, p. 229-238, 2002.

WHO/UNESCO/UNICEF. **Consultation on Strategies for Implementing Comprehensive School Health Education/Promotion Programmes**. Comprehensive school health education: suggested guidelines for action. Geneva: World Health Organization, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Inequalities young people's health: key findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2005/2006 survey fact sheet**. Copenhagen: World Health Organization, 2008.

# Sentidos e significados da violência na escola

Lídia Andrade Lourinho

Ana Maria Fontenelle Catrib

Aline Veras Moraes Brilhante

Natalia Bitar da Cunha Olegário

## Introdução

A violência, fenômeno de natureza multicausal e complexo, reconhecida desde 1993 como um sério problema da saúde pública, tanto pela organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), vem provocando grande impacto em vários contextos, inclusive na escola. Como tal deve ser incorporada a área da saúde visto que afeta as condições de vida das pessoas, as relações entre as mesmas e a qualidade de vida do indivíduo com reflexo na família e na comunidade (JORGE, 2002; OPAS, 2008; MINAYO, 2003; 2005).

Concebe-se que não há um ato único de violência, mas sim violências, as quais se manifestam como aprofundamentos de conflitos sociais, cujo caráter necessita de reconhecimento (BRASIL, 2009). A violência que ronda as escolas, normalmente denominada de *bullying*, vitima diariamente crianças, adolescentes e por vezes adultos. Seu enfrentamento demanda esforços de toda comunidade escolar e também dos órgãos que lidam com a saúde nos espaços coletivos. Constitui um fenômeno que possui dimensão social, estrutural e cultural,

que conforme estudiosos pode ter seu começo, sua origem em motivos que decorrem da cultura, do social, do psicológico, do físico e podem atingir todos os níveis de uma sociedade (RICAS; DONOSO, 2006).

O curso das pesquisas a respeito da violência que prejudica, principalmente, a infância e a adolescência, tem se tornado cada vez mais frequente, com trabalhos que discutem desde a investigação da vitimização direta da violência, atravessando as questões de violência que acontece entre os pais, no interior das famílias e, chegando à tendência atual da abordagem dos múltiplos fatores envolvidos nesse contexto. Múltiplos estudos versam sobre os mais variados tipos de violência contra crianças e adolescentes, os quais acontecem em ambientes diferentes como a escola, o lar e a comunidade, utilizando para isso diversas abordagens metodológicas (AVANCI; ASSIS *et al.*, 2009; MALTA, 2009; VIEIRA *et al.*, 2010).

Frente ao exposto, é basilar à atuação do profissional de saúde, compreendendo a dinâmica do processo gerador ou reprodutor de violência com vistas a agir na tentativa de prevenir maiores prejuízos decorrentes dos atos de violência, também detectar precocemente as situações provocadoras desse processo (RICAS; DONOSO, 2010).

No que diz respeito ao fenômeno da violência na escola, existe um agravante que está no fato de que os alunos são vitimados em um ambiente socioculturalmente classificado como seguro, no entanto, a exposição aos fatores que motivam a violência são constantes. Perante a instituição escolar, que é vista como responsável pela educação e proteção das crianças e dos adolescentes, termina circundada, direta ou indiretamente, em práticas excludentes e violentas, tanto nos aspectos físico-psicológico do desenvolvimento humano, quanto no aspecto legal

de construção da autonomia para o cuidado de si e do outro (MAIA; ARAÚJO; SANTOS JUNIOR, 2012).

Mais especificamente na adolescência, a contradição supracitada entre ambiente de proteção e de exposição pode ser elucidado pelas fortes relações de poder construídas no interior da escola, pela imposição excessiva de regras que batem de frente com uma característica típica deste período, a necessidade de protestar e transgredir as normas pré-estabelecidas.

Entende-se que os danos decorrentes das situações violentas comprometem a vida como um todo, incluindo a integridade física e também mental de crianças e adolescentes, estes são advindas da falta ou da pouca confiança nos ambientes em que vivem, compromete de maneira negativa a aprendizagem e também o desenvolvimento, da criança e também do adolescente, causando dificuldades de comunicação, déficit de atenção, hiperatividade, comportamentos antissociais ou agressivos e baixa autoestima. Também pode causar depressão e graves prejuízos à qualidade de vida infantil e adolescente, com grande risco de desajustes futuros que iram repercutir não só na vida escolar, mas também na social e familiar (AVANCI *et al.*, 2009).

Apesar da grande variedade de estudos sobre a temática, ainda são inconsistentes e incipientes, demandando um maior aprofundamento, visto que os mesmos revelam apenas algumas facetas da complexidade das relações entre o contexto de violência e a vulnerabilidade do sujeito.

Nossa discussão evidencia o contexto escolar, no qual tais situações nem sempre são percebidas ou mesmo vistas de forma clara, nem tão pouco compreendidas ou discutidas com profundidade, inclusive pelos que estão ou são envolvidos na situação. Essa falta de percepção pelas partes envolvi-

das dificulta ou impede que sejam ações de prevenção ou de intervenção sejam implantadas, como o intuito de minimizar seu impacto na vida dos expostos e incentivar o cuidado à sua saúde e a melhoria da qualidade de vida. Sendo assim, torna-se imprescindível discutir os motivos da violência na escola.

Para dar conta de melhor compreender o fenômeno propomos uma revisão crítica da literatura. Nosso trabalho pretende discutir a perspectiva da promoção da saúde como possibilidade de intervenção na transformação da escola, reconhecendo-a como um ambiente protetor da saúde.

### ***O fenômeno bullying***

A temática da violência no contexto escolar esta cada vez mais presente na atualidade, mesmo não sendo algo novo e se constituiu num problema central de discussão e mobilização na academia, na mídia, entre as autoridades em diferentes culturas (BERGER; LISBOA, 2009; ELLIS; ZINS, 2003; MILLER; KRAUSS, 2008).

No contexto mundial, principalmente na América Latina, casos de violência na escola são apresentados diariamente em manchetes de jornais e revistas e facilmente encontrados em diferentes sites de notícias, e diferentes ferramentas de comunicação. Percebe-se que há um consenso na sociedade em geral e especificamente na escolar, sobre o crescente aumento da violência e *bullying* nas escolas, assim como um significativo crescimento do grau de gravidade desses processos (McLAUGHLIN; MILLER, 2008; LISBOA; BRAGA; EBERT, 2009).

É importante lembrar que por conta da ausência de dados ou mesmo pela falta de atenção pública ao fenômeno no passado, não nos permite concluir com certeza se é um fenô-

meno novo, da contemporaneidade ou se ele sempre existiu com essas mesmas características. No entanto, as pesquisas indicam que as iniciativas de intervenção e prevenção do *bullying* e violência na escola podem ser consideradas recentes (BERGER; LISBOA, 2009).

Existem controvérsias sobre o conceito de violência e agressividade no contexto escolar, que resultam paradigmas teóricos e que para compreender esses fenômenos ou comportamentos é necessário discutir tais questões. A agressividade, por exemplo, foi tradicionalmente compreendida a partir de modelos psicopatológicos que se baseavam em instintos destrutivos, que nos permiti identificar suas características e/ou perfis individuais que determinam que certos jovens são agressores ou vítimas (CÔTÉ *et al.*, 2006; LISBOA; BRAGA; EBERH, 2009).

Já o termo *bullying* não possui uma tradução literal para o português. *Bully* é o termo, em inglês, que caracteriza o famoso “valentão” e *bullying* pode ser traduzido por “intimidação”, reduzindo assim a complexidade do fenômeno a uma das suas múltiplas formas de manifestação, ou seja, a um comportamento de ameaças e intimidações (LISBOA; BRAGA; EBERT, 2009) .

Mesmo o *bullying* não sendo um fenômeno recente, só agora as pessoas começaram a ter mais consciência do impacto negativo que ele tem sobre os indivíduos e sobre a sociedade. Anteriormente, atitudes agressivas eram tidas como normais e ou mesmo inevitáveis. Exclusões, rejeições, agressões eram considerados como parte integrante das brincadeiras e do comportamento infantil. Entretanto, o problema deste tipo de atitude é que nem todas as pessoas têm condição física, psicológica ou mesmo social para impedir o *bullying* quando ele

acontece. Acreditar que todos lidam com a agressão da mesma forma é insensato. Também é incongruente dizer a alguém que sofre maus tratos ou algum tipo de violência para ser forte ou não se deixar afetar pelos fatos (SOUZA, 2012).

Mesmo sendo atual a definição do termo “bullying”, os estudos demonstram que o fenômeno já vem acontecendo há muito tempo, porém pouco era feito para se entender e discutir o assunto. Na década de 70 os Suecos foram os primeiros a demonstrar interesse pelo assunto. No final de 1982, a Noruega, após ter verificado o aumento no índice de suicídio entre crianças de 10 a 14 anos, passou a prestar atenção no assunto.

Dan Olweus, pesquisador da Universidade de Bergen na Noruega, foi o precursor nos diagnósticos, desenvolvendo formas de detectar o problema. O estudo de Olweus verificou que, a cada sete alunos, um estava está implicado em casos de *bullying*. Tal circunstância deu início a uma campanha nacional, com o apoio do governo norueguês, que diminuiu em cerca de 50% os casos de *bullying* nas escolas; o resultado da campanha incentivou outros países, como o Reino Unido, Canadá e Portugal, a promoverem campanhas de intervenção (FANTE, 2005, p.45).

Logo em seguida a pesquisa de Olweus, outros países começaram a pesquisar sobre o fenômeno do “bullying” entre eles: Finlândia, Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, Países Baixos, Japão, Irlanda, Espanha e Austrália. Tanto os pesquisadores, os professores, como também pais e a sociedade em geral, ligavam o *bullying* a processos normais, rotineiros que aconteciam nas escolas. Infelizmente essa ligação infortunia do *bullying* com a rotina escolar fez com que pouco se discutia sobre os comportamentos mais agressivos e graves manifestados no contexto escolar (OLWEUS, 1993). Contudo, aos poucos, profissionais que frequentavam a instituição escola, como

psicólogos, educadores e pesquisadores, começaram a identificar casos de violência nas escolas e a dirigir suas atenções as possíveis consequências nos envolvidos, dando (OLWEUS, 1993; SMITH *et al.*, 2002).

A partir da década de 90, diversos estudos científicos e aprofundados sobre o assunto começaram a ser realizados por diversos pesquisadores (ALMEIDA; DEL BARRIO, 2002; SMITH *et al.*, 2004; NETO *et al.*, 2005; LISBOA; BRAGA; EBERT, 2009). Pode-se dizer que houve uma mudança no modo de analisar tais atitudes agressivas, que notadamente sempre existiram, mas que até então eram ignoradas e/ou negligenciadas e que passaram a ser vistas não mais como um fenômeno corriqueiro, normal ou mesmo inofensivo, mas como um fenômeno que precisa ser cuidadosamente observado e investigado, já que suas implicações geram graves consequências (emocionais e cognitivas) para todos os envolvidos.

Mesmo que a preocupação com o estudo do *bullying* tenha começado há mais de trinta anos, o processo vem despertando mais atenção nas últimas duas décadas. O interesse aumentou devido estudos e pesquisas que enfocam que a sua prevalência gera graves riscos para o desenvolvimento pessoal e social de jovens e instituições escolares. Os resultados do Relatório Internacional da Saúde Mundial referem que o *bullying* é um problema que afeta cerca de um terço de crianças por mês em todo o mundo. Para esses 11% de crianças que sofrem algum tipo de abuso ou violência praticado pelos seus colegas de escola, isto é severo (LISBOA; BRAGA; EBERT, 2009).

No nosso país, as pesquisas são recentes, tendo início no ano 2000 e ainda se mostram embrionárias, não contando ainda com estratégias que efetivamente combatam a esse mal, e ainda sem preparo por parte da sociedade, da família e da

escola frente ao fenômeno (FANTE, 2005; LISBOA, 2005; NETO, 2005).

Para Lisboa (2005), o *bullying* é um fator de risco para a violência nas instituições e no contexto social, gerando comportamentos antissociais individuais e significando uma forma de afirmação de poder interpessoal através da agressão. Tal comportamento agressivo não pode ser confundido com “brincadeiras” de crianças, nem sequer admitido como uma situação rotineira e natural. Mesmo sendo a diferente muito tênue, quando existe sofrimento, ela passa a ser grave. Portanto, professores e demais profissionais da instituição escola devem estar sempre atentos à determinada situação e buscar o mais breve possível interromper o processo. Mas, mais importante do que a interrupção, é a discussão e compreensão do mesmo.

Estudos como os realizados por Maia, Araújo e Santos Junior (2012), demonstram que as vítimas acabavam por se unir a grupos que se formavam no interior das escolas ou mesmo em seus contornos, tornando o agressor protegido por pessoas que mantinham o mesmo comportamento agressivo, fazendo com a violência só aumentasse e o fenômeno ganhasse forma com o mesmo tipo de comportamento, fazendo com que esse fenômeno se tornasse intenso.

Há uma correlação entre o *bullying* e a formação de guangues; que esse modelo induz outros alunos a buscarem proteção em grupos fora da escola, para resolverem seus conflitos pessoais ocorridos dentro da escola, muitas vezes em troca de favores; e ainda estimula outras formas de violência explícitas, chegando com facilidade à marginalidade, à delinquência, ao uso de drogas, ao envolvimento com realidades e disputas de territórios. Constatamos ainda que a participação das meninas, nessa fase, é pouco menor que dos meninos (FANTE, 2005).

Smith *et al.* (2002) investigou-se a utilização de diferentes termos entre os jovens para definir *bullying*, através do uso de vinhetas gráficas sobre esse processo, em quatorze culturas diferentes, abrangendo desde a Europa até o Japão. Os resultados do estudo demonstram que existe uma diversidade de palavras e de enfoques e conotações atribuídas ao *bullying* a partir desses termos. No caso do Japão, a palavra referida foi *ijime*, e esta significa uma agressividade relacional, enfoca a manipulação social e a violência simbólica. Na Itália, destacam-se nos discursos dos jovens as palavras *prepotenza* e *violenza*, denotando os aspectos mais diretos e físicos da agressão. Em Portugal, os jovens utilizam a palavra *abuso* para representar o *bullying*. No entanto, o referido termo possui também uma conotação mais ampla na língua portuguesa, envolvendo não somente a violência e ataques agressivos, mas também o abuso de substâncias e de outros comportamentos. Para os portugueses *abuso* é também um termo utilizado para violência intrafamiliar e assédio sexual no trabalho.

Optar por usar o termo no idioma inglês juntamente à sua conceituação, mesmo sendo um estrangeirismo, pode dar conta da complexidade do processo e embora pesquisas apontem para o estudo do processo na infância e adolescência, hoje se observa a incidência do mesmo em todas as etapas da vida (LISBOA, 2005; LISBOA; KOLLER, 2004; RISTUM, 2010).

*Bullying* é, portanto, o fenômeno no qual a criança ou adolescente é frequentemente exposta(o) a um conjunto de atos agressivos (diretos ou indiretos), que acontecem aparentemente sem nenhuma motivação, mas que ocorre de forma intencional. Há um desequilíbrio de poder e uma falta de reciprocidade nessa interação grupal. Na relação desequilibrada,

a vítima não tem recurso algum ou quando tem não conseguiu dispor do mesmo para evitar e/ou defender-se da agressão (ALMEIDA *et al.*, 2007; OLWEUS, 1993; SALMIVALLI *et al.*, 1998; RISTUM, 2010).

De acordo com Samivalli (1998), para distinguir o bullying de outros processos agressivos é necessário observar o caráter *repetitivo e sistemático* e a intencionalidade de causar dano ou prejudicar alguém que normalmente é visto como mais fraco e que provavelmente não conseguirá se defender. Neste capítulo, o comportamento agressivo e o *bullying* são entendidos como um *processo* decorrente da interação entre a pessoa e o seu ambiente físico, social e cultural, sendo assim, pode-se pensar que uma pessoa pode *estar* agressiva e não *ser* agressiva (LISBOA, 2005).

### ***Manifestações do fenômeno***

Inserido numa perspectiva socioecológica, consideramos que o *bullying* sempre ocorre em determinado contexto e com determinadas características. É um fenômeno grupal e dinâmico e que pode ser reforçado ou enfraquecido por uma rede de interações que existe entre pessoas que estimulam os contextos socioculturais que permeiam a vida de crianças e jovens.

Binsfeld e Lisboa (2010) avigoram a ideia de que o *bullying* acontece em uma esfera coletiva, sendo, portanto um fenômeno social e como tal possui diferentes formas de se manifestar nesses contextos. Todo esse processo denominado de *bullying*, compreendido como uma subcategoria do conceito de violência, pode se apresentar de diferentes modos. Suas manifestações podem acontecer através de comportamentos físicos agressivos ou violentos como bater, chutar, empurrar, morder, entre outros; também por meio de comportamentos verbais

como conferir apelidos pejorativos a algumas crianças ou adolescentes, todas essas manifestações constituem o processo de *bullying* (OLWEUS, 1993; SALMIVALLI *et al.*, 1998).

De acordo com Smith *et al.* (2004), o *bullying* pode ser classificado como relacional quando a agressividade acontece a partir de ameaças, acusações sem justificativas, roubo de alguns pertences a até dinheiro, calúnias leves, desgaste ou desonra da imagem social que acabam por converte-se em discriminação ou exclusão de um ou mais jovens de um determinado grupo.

Ainda de acordo com o autor supracitado, as atitudes que integram o processo de *bullying* também podem ser divididas em diretas e indiretas. *Bullying* direto são as agressões físicas e as verbais já descritas acima, no entanto, o *bullying* indireto abrange uma forma mais tênue de vitimização, uma vez que compreende condutas como a indiferença, o afastamento, a exclusão, o ultraje, as provocações associadas a uma deficiência, o preconceito racista ou sexual que na maioria das vezes se torna muito doloroso para a vítima, abalando-a indiretamente (SMITH *et al.*, 2004).

Para alguns autores como Hawley (2003) e Little *et al.*, (2003), o *bullying* considerado indireto, mesmo não sendo um sinônimo, sobrepõe-se ao conceito de *bullying* e agressividade relacional. Alguns estudos vinculam os meninos ao *bullying* do tipo direto, à medida que as meninas apresentam maior propensão a atitudes do *bullying* indireto (LISBOA, 2005).

Na classificação de manifestações do *bullying*, os aspectos econômicos e culturais, bem como as características de personalidade e temperamento, também constituem fatores de risco na escolha das vítimas que sofreram os ataques agressivos. É apropriado ressaltar que essas observações foram vistas em estudos e levantamentos sobre *bullies* (agressores) e vítimas e

também em pesquisas que descrevem as tipologias de vítimas (FANTE, 2005).

Mais apropriado ainda é lembrar que tais aspectos e características, mesmo podendo ser um fator de desencadeamento do *bullying*, não o legitimam, já que esse processo bate de frente com os princípios éticos e morais, coletivos ou individuais, que objetivam o respeito às diferenças, a solidariedade e boas normas de convivência saudável grupal (LISBOA, 2005).

No que se refere à incidência do *bullying*, tanto no papel de agressor como no de vítima, a maior ainda é vista em meninos (NETO, 2005). Todavia, vale dizer que a forma indireta de *bullying*, praticada basicamente por meninas, impossibilita o reconhecimento da agressão. Numa pesquisa realizada por Neto (2005), o autor verificou que o *bullying* direto era empregado pelos meninos numa constância quatro vezes maior do que pelas meninas, significando que os meninos são mais agressivos do que as meninas e que usam formas mais tênues de agressão.

Sobre a incidência da vitimização, tanto meninos e meninas, sem muita diferença, comunicam que estão sendo vítimas, tendo como a forma mais evidente, a violência física, já que é a mais explícita e visível e também porque tem consequências graves e imediatas. Este é um dos motivos pelos quais se torna difícil identificar episódios de *bullying* entre as meninas (SMITH *et al.*, 2004).

Baseado nessas discussões identifica-se no *bullying*, um agressor, que seria um líder, um grupo que segue o líder e podem ser chamados de reforçadores, as testemunhas, que são os que estão presente na cena da agressão e uma ou algumas vítimas que são os que foram excluídos do processo interativo (OLWEUS, 1993; SALMIVALLI *et al.*, 1998).

## ***A escola promotora de saúde: prevenção, proteção e possibilidade de intervenção***

Nossa discussão prevê a perspectiva da promoção da saúde como possibilidade de intervenção na transformação desse cenário, reconhecendo a escola como um ambiente protetor da saúde, local impar para a execução de ações de prevenção, promoção e intervenção, já que associa crianças e adolescentes (WHO, 1986, 1998; OPAS, 2003).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) instituiu como prioridade em suas ações a promoção da saúde na escola, assumindo princípios e práticas que se propõe a alterar o dia-a-dia do corpo docente e discente; de funcionários e gestão, com propósito de colaborar para uma vida pessoal mais resistente, afetiva e solidária de todos os envolvidos (OPAS, 2003; GUIMARÃES; AERTS; CÂMARA, 2012).

As estratégias de saúde escolar deseja incentivar a flexibilização dos currículos escolares e a construção de espaços na instituição escola para o planejamento integrado da educação e da saúde com aspecto integral e participativo (OPAS, 2003). Os debates sobre a promoção e educação em saúde nas escolas caminham para a operacionalização de programas que estimulem a melhoria da qualidade de vida, através do fortalecimento da capacidade individual e social para o enfrentamento dos condicionantes da saúde (MOURA *et al.*, 2007); tendo uma visão integral do ser humano, concebendo os sujeitos inseridos em seus ambientes familiares e comunitários.

A escola, sendo uma instituição em que o ser humano passa uma boa parte de sua vida, pode e deve ser estruturadora de valores pessoais e dos significados que estes têm em relação à saúde. Sendo assim, é relevante que acontece uma relação dialógica, inclusiva e reflexiva, onde o aluno possa desenvolver

consciência crítica sobre si próprio e sobre o mundo. Um lugar em que se desenvolvem princípios, convicções, conceitos e modos de compreender e viver a vida; o que vai colaborar ou para a saúde ou a doença (AERTS *et al.*, 2004).

A escola deve estar direcionada para a obtenção de uma educação integral, por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas que contribuam para a construção e principalmente para a preservação de ambientes saudáveis e protetores. De acordo com Moura *et al.* (2007), as ações procuram reduzir a exposição a fatores de risco e reforçar fatores de proteção relacionados ao estilo de vida saudáveis, incorporando e estimulando o fortalecimento das relações entre o homem e o ambiente (Moura *et al.*, 2007). A finalidade é promover a saúde e o bem estar, fortalecendo a capacidade dos indivíduos e das comunidades para o enfrentamento das situações de vida (CARDOSO; REIS; LERVOLINO, 2008; GOMES, 2009).

Com a aprovação da política nacional de promoção da saúde, em março de 2006, confirmou-se a afirmação de que a promoção da saúde deve ser entendida como uma estratégia de fomento da qualidade de vida, e buscar reduzir as vulnerabilidades e os riscos relacionados aos determinantes e condicionantes da saúde da população.

As providencias adotadas para promoção da saúde não objetivam apenas uma determinada doença, mas aumentar a saúde e o bem estar, direcionadas para o coletivo e para o meio ambiente. No lugar de ações intervencionistas, o cerne está no incentivo da capacidade dos indivíduos e das comunidades, ou seja, instigar o desenvolvimento da autonomia para enfrentamento das situações (BUSS, 2000).

Um dos recursos utilizados por esta política que apoia a equidade e o controle social é a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é reorganizadora da atenção básica, tendo

como princípio o desenvolvimento de vínculo e a co-responsabilidade nas ações educativas intersetoriais que possam intervir no processo saúde-doença da população (BRASIL, 2006). Tal como a ESF, a Estratégia de Escolas Promotoras da Saúde (EEPS) tem a Promoção da Saúde como seu principal intuito.

A estratégia de escolas promotoras de saúde teve início no começo da década de 90, trazendo a incorporação do conceito de promoção da saúde na saúde coletiva, com mudanças conceituais e metodológicas para o entorno escolar. Sua implantação requer atividades intersetoriais entre a educação, a saúde e a comunidade, através da identificação das necessidades e planejamento de ações de enfrentamento das demandas (CARDOSO; REIS; IERVOLINO, 2008).

A promoção em saúde no contexto escolar tem a pretensão de dar conta da integralidade por meio de três elementos relacionados entre si: educação para saúde com enfoque no desenvolvimento de habilidades para a vida; construção e manutenção de ambientes saudáveis e oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa.

A Escola Promotora de Saúde precisa ser inclusiva e assegurar o envolvimento e a participação de todos os seus atores na elaboração de comportamentos e na construção de ambientes mais saudáveis, no desenvolvimento de habilidades para a vida e na estimulação da tomada de decisões por meio da co-responsabilização (SILVA, 1997; CARDOSO; REIS; IERVOLINO, 2008).

As ações em saúde na escola devem favorecer a conscientização do conceito de saúde de maneira mais reflexiva e crítica, tornando mais pertinente a investigação das necessidades e dos temas importantes à comunidade que envolve a escola e particularmente aos atores que se inserem nela.

Suas metodologias de ação devem adotar a participação e interação dos atores no processo, uma vez que a reconhecimental e a diagnóstico de como pensam e agem os sujeitos de determinada localidade auxilia no conhecimento dessa realidade, subsidiando as políticas públicas saudáveis (CARDOSO; REIS; IERVOLINO, 2008).

Já a educação em saúde baseia-se em proporcionar condições aos sujeitos para que os mesmos possam viver melhor, com mais saúde, sendo a escola um lugar impar para a prática da saúde, visto que ela é responsável pelo ensino-aprendizado do aluno, pela sua instrumentalização para enfrentamento da vida. Num processo educativo integral, a comunidade, a família e a escola estão sempre associadas, unidas, interligadas, utilizando como uma ferramenta essencial à promoção da saúde, assim como definido na Carta de Ottawa (BRASIL, 2002) e subsequentemente proposto pelos parâmetros curriculares nacionais.

Além da escola, o professor é peça chave na construção ativa do conceito de saúde e doença em seus alunos. Com o uso de sua sensibilidade, didática e metodologias pode proporcionar as condições necessárias de transmitir informações corretas acerca de saúde e de usá-las no ambiente escolar. Já que ele se apresenta como referência para os alunos e é capaz de estimular a compreensão e principalmente a adoção de hábitos saudáveis, ademais, um professor preparado pode analisar com clareza o ambiente escolar e enxergar os riscos eminentes e proteger a saúde dos escolares (GOMES, 2009).

De acordo com Gomes (2009), a educação em saúde nas escolas oportuniza os indivíduos a pensarem modos de viver que os protejam, questionando comportamentos e produzindo espaços de reflexão sobre os hábitos saudáveis de vida, criando

culturas saudáveis. Para que isso acontece é necessário que a escola produza habilidades para o bem viver, contribuindo para a prevenção de comportamentos de risco, fomentando a autonomia e a corresponsabilidade de todos (MOURA *et al.*, 2007; GOMES, 2009).

Igualmente é significativo educar e formar os alunos para a participação cívica, gerando competências e habilidades que deem conta das aprendizagens duradouras e capacitem o sujeito para fazer escolhas mais conscientes na intenção de uma vida mais saudável. Precisa-se fortalecer os laços afetivos interpessoais e com o meio; a participação ativa e a responsabilização de todos os membros da comunidade escolar, oportunizando espaços de debate, de convívio com as diferenças (GUIMARAES; AERTS; CÂMARA, 2012).

Todo esse movimento trás mudanças comportamentais que possibilita o desenvolvimento de uma cultura da paz, contribuindo positivamente para a diminuição da violência. Assim sendo, os desafios se encontram em: ensinar as habilidades para a vida, instrumentalizar os professores para atuarem nessa perspectiva, observar as práticas de risco e monitorar as ações e os programas já existentes (CERQUEIRA, 2007).

É função do Estado viabilizar alternativas intersetoriais que promovam a saúde, previnam as doenças, e respondam com ações de enfrentamento os determinantes da violência, através do desenvolvimento de políticas públicas hábeis na produção de espaços coletivos saudáveis e seguros; de implementar e incentivar a cultura da paz; de oferecer alimentos saudáveis; de estimular comportamentos saudáveis; de apoiar e de condições de poder de decisão e participação dos sujeitos, de fortalecer a parceria com as comunidades e de implementar a estratégia das escolas promotoras de saúde.

A escola promotora da saúde contribui tanto com os trabalhadores da saúde como com os da educação para que ambos, atuando em conjunto, possam melhorar a qualidade de vida de alunos, professores, gestores, funcionários e familiares, diminuindo as possibilidades de violência dentro e fora do ambiente escolar.

Compete aos profissionais da saúde a capacitação de professores para a abordagem positiva de temas relacionados à saúde, colaborar com a comunidade escolar na identificação de problemas e prioridades, na construção do diagnóstico que vai dar conta da construção de ações educativas de promoção da saúde.

Cabe aos professores a construção de estratégias que de maneira positiva influenciem a vida de crianças e adolescentes; através do diálogo, da reflexão crítica e criativa e do desenvolvimento da solidariedade, fortalecendo a formação de coligações e lideranças positivas.

## Referências

ALMEIDA, A.T.; DEL BARRIO, C. A vitimização em contextos escolares. In: C. MACHADO; R. ABRUNHOSA (eds.). **Violência e vítimas de crime V.II**. Coimbra: Quarteto, 2002. 325 p.

ANTUNES, D.C.; ZUIN, A.A. S. Do bullying ao preconceito: os desafios da barbárie à educação. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v.20, p.33-41, 2008.

Avanci J. Q., Assis S. G., Oliveira R. V. C., Pires TO. Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. **Ciênc saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.14, n.2.p383-94, 2009.

BERGER, C.; LISBOA, C. **Agressión en contextos educativos: Reportes de la Realidad Latinoamericana.** Santiago, Editorial Universitária, 2009.

Binsfeld, A. R.; Lisboa, C. S. M. Bullying: um estudo sobre papéis sociais, ansiedade e depressão no contexto escolar do Sul do Brasil. **Interpersona**, v.4, n.1, p.74-105, 2010.

BINSFELD, A.R.; LISBOA, C. **O processo de vitimização entre pares (bullying) no contexto escolar: um estudo sobre papéis sociais, ansiedade e depressão.** São Leopoldo, RS. Trabalho de Conclusão do Curso. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2008.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Temática prevenção de violência e cultura da paz III.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2008.

BRASIL. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BUSS, P.M. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1 . p. 163-177. 2000.

CARDOSO, V.; REIS, A.P.D.O.S.; IERVOLINO, S.A. Escolas Promotoras de Saúde. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum**, São Paulo, b.18, b.2, p.107-115. 2008.

CÔTÉ, S. et al. The development of physical aggression from toddlerhood to pre-adolescence: A nation wide longitudinal study of Canadian children. **Journal of Abnormal Child Psychology**, New York, 34:71- 85. 2006.

ELLIS, M.; ZINS, J. Bullying, other forms of peer harassment, and victimization in schools: Issues for school psychology research and practice. **Journal of Applied School Psychology**, New York, v. 19, p.1-6, 2003.

BRASIL. **Escolas Promotoras da Saúde**. Ministério da Saúde: Organização experiências no Brasil. Série Promoção da Saúde nº 6. Brasília.2005.

FANTE, C. **Fenômeno Bullying**: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz. 2 ed. Campinas-SP: Versus Editora, 2005.

GUIMARAES, G.; AERTS, D.; CÂMARA, S. G. **A escola promotora da saúde e o desenvolvimento de habilidades sociais** (2012). Disponível em: <http://www.sprgs.org.br/revista/ojs/index.php/diaphora/article/view/32>. Acesso: 17 maio 2013.

LISBOA, C.S.M. **Comportamento agressivo, vitimização e relações de amizade de crianças em idade escolar**: fatores de risco e proteção. 2005. 146f. Tese (Doutorado)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

LISBOA, C.; BRAGA, L. de L.; EBERT, G. O fenômeno bullying ou vitimização entre pares na atualidade: definições, formas de manifestação e possibilidades de intervenção. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 2, n. 1, 2009. Disponível em <http://www.contextosclinicos.unisinos.br/pdf/61.pdf>. Acesso: 20 maio 2013.

MAIA, L.L.Q.G.N.; ARAÚJO, A.; SANTOS JÚNIOR, A. S. motivações para a violência no contexto escolar sob a óptica do adolescente. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v.2, n.1, p.20-31. 2012.

MALTA, D.C. *Bullying* nas escolas brasileiras: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 3065-76, 2010.

MCLAUGHLIN, J.; MILLER, T. Prevention of school violence: Directions, summary, and conclusions. In: T. MILLER (ed.). **School violence and primary prevention**. New York: Springer, 2008. p. 431-444.

MELO, M.C.B. **Abordagem da criança e do adolescente vítima de maus-tratos**. Disponível em: [http://www.medicina.ufmg.br/spt/saped/maus\\_tratos.htm](http://www.medicina.ufmg.br/spt/saped/maus_tratos.htm) . Acesso: 04 maio 2013..

MILLER, T.; KRAUSS, R. School-related violence : Definition, scope, and prevention goals. In : T. MILLER (ed.), **School violence and primary prevention**. New York, Springer, p. 15-24. 2008.

Minayo, M.C.S. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. **Rev Bras Educ Méd.**, Rio de Janeiro, v.29, n.1, p.55-63. 2005.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fio-cruz; 2003.

Moura, J.B.V.S.; Lourinho, L.A.; Valdês, M.T.M.; Frota, M.A.; Ca-trib, A.M.F. Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.489-501. 2007.

NETO, A.L. **Diga não para o bullying.** Programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes. Rio de Janeiro: Abrapia, 2005.

OLIVEIRA, D.G. **O professor alfabetizador como multiplicador de saúde.** Disponível em: <[http://www.cereja.org.br/pdf/20050415\\_professor.pdf](http://www.cereja.org.br/pdf/20050415_professor.pdf) .2001> Acesso: 14 abr 2013.

OLWEUS, D. **Bullying at school:** What we know and what we can do. London: Lackwell, 1993.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Escolas promotoras da Organización Panamericana de la Salud. Escuelas promotoras de la salud:** entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. Washington (DC); 1998.

PALÁCIOS, M.; REGO, S. Bullying: mais uma epidemia invisível? **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v.30, p. 3-5, 2006.

RICAS, J.; DONOSO, M.T.V. Aspectos históricos da educação no Brasil versus violência física na infância: reflexões. **Rev Méd Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.20, n.2. p. 212-217. 2010.

RISTUM, M. *Bullying* escolar. In: ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P.; AVANCI, J.Q. **Impactos da violência na escola:** um diálogo com professores. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 95-119.

SMITH, P.K. *et al.* Definitions of bullying: A comparison of terms used, and age and gender differences, in a fourteen-country international comparison. **Child Development**, Chicago, v.73, p.1119-1133, 2002.

SMITH, P.K.; COWIE. H.; BLADES. M. Understanding children's development. 4 ed., Londres: Blackwell Publishing, 2004.

SOUZA, K. O. J. Violência em escolas públicas e a promoção da saúde: relatos e diálogos com alunos e professores. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.25, n.1, p. 71-79. 2012.

VIEIRA, L. J. E. S.; ABREU, C.A.P.; VALDÊS, M.T.M. et al. Violência na escola pública: relatos de professores. **Rev bras promoç saúde**, Fortaleza, v. 23, p. 34-42. 2010.

# **Violência estrutural e as implicações no cotidiano escolar em adolescentes com deficiência visual**

Camilla Pontes Bezerra

Márcia Maria Tavares Machado

Ana Cléa Veras Camurça Vieira

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

## **Introdução**

Atualmente os adolescentes representam 21 milhões de brasileiros, segundo o Relatório sobre Situação da Adolescência Brasileira (2011), o direito de ser adolescente enfrenta obstáculos como a desigualdade social, a exclusão, a discriminação e a violação de direitos. O fato de pertencer a essa faixa etária, os torna mais vulneráveis aos fenômenos sociais como: a pobreza e a pobreza extrema; a baixa escolaridade; a exploração do trabalho; a privação da convivência familiar e comunitária; a violência que resulta em assassinatos de adolescentes; a gravidez; a exploração e o abuso sexual; as DST/aids e ao abuso de drogas. Essa realidade, não atinge a todos os adolescentes, torna-se mais evidente, a partir desses quatro elementos como a cor da pele; ser adolescente homem ou mulher; ter algum tipo de deficiência e/ou o local onde vivem.

Assim os adolescentes são um contingente populacional que sofre com as manifestações da violência estrutural, e que por vezes, aparecem nitidamente relacionados e circunscritos às intervenções que exigem transformações sociais, principal-

mente quando sobrevém a condição de vida, de deliberações histórico-econômicas e sociais, tão interdependentes e inseparáveis ao crescimento e desenvolvimento (MINAYO, 2006)

A violência estrutural conforme afirma Boulding (1981, p 256-257) caracteriza-se como um marco à violência do comportamento, ou seja, *“se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de determinadas pessoas a quem se negam vantagens da sociedade, tornando-as mais vulneráveis ao sofrimento e à morte. Essas estruturas determinam igualmente as práticas de socialização que levam os indivíduos a aceitar ou a infligir sofrimentos, de acordo com o papel que desempenham”*.

Para que se possa compreender a violência estrutural no cotidiano escolar de adolescentes com deficiência visual, abordada neste capítulo, devemos nos nortear pelo significado da equiparação de oportunidades, a função do Estado, os conceitos de acesso e acessibilidade e as normativas que devem ser consideradas para este ambiente de inclusão.

Com essa finalidade inclusiva, em 1981, a ONG *Disabled Peoples International* elaborou a Declaração de Princípios, que define “equiparação de oportunidades” como um processo em que todos os seres humanos têm igual oportunidade de participar de todas as atividades da vida em comum e usufruir bens e serviços. Essa declaração embasou o Programa Mundial de Ação Relativo às Pessoas com Deficiência elaborado pela ONU em 1982, e as Normas sobre a Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência, também formuladas pela ONU em 1993. No segundo documento, “equiparação de oportunidades” significa “o processo através do qual os diversos sistemas da sociedade e do ambiente, tais como serviços, atividades, informações e documentação, são tornados disponí-

veis para todos, particularmente para pessoas com deficiência” (ADAY; ANDERSEN, 1974).

Sabe-se que as manifestações da violência estrutural não eximem a família e nem quaisquer que seja outra instituição, *locus* da violência estrutural é exatamente uma sociedade de democracia aparente constitui-se e retrata um comportamento de violência do Estado, em não conseguir assegurar e garantir os direitos seus cidadãos (Neto; Moreira, 1999)

Espera-se que na escola, se estabeleça um espaço de oportunidades, onde entendemos a importância singular dos conteúdos e a compreensão e significação sobre a vida, partir de suas necessidades, valores, crenças e afetos. Sabe-se que a assimilação dos conceitos e das coisas começam em grupos como a família, a escola, na comunidade, ou seja, a vida cotidiana é a verdadeira essência da história (HELLER, 2008). Para tanto, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1991) conforme o Art. 53, estabelece que a criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-lhes:

- I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;
- II - direito de ser respeitado por seus educadores;
- III - direito de contestar critérios avaliativos, podendo recorrer às instâncias escolares superiores;
- IV - direito de organização e participação em entidades estudantis;
- V - acesso à escola pública e gratuita próxima de sua residência.

Contudo, faz-se necessário, refletir sobre os conceitos de acesso e acessibilidade, e a interdependência nos campos da educação e saúde. Importante referir, que acesso é um conceito complexo e pluridimensional, que varia entre autores e se modifica de acordo com o contexto. Alguns autores empregam o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível –, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada – ou ambos os termos (DONABEDIAN, 1973), e este será o aplicado nas questões do estudo.

No Brasil, acessibilidade é um conceito estreitamente ligado aos direitos das pessoas com deficiência. Estes indivíduos recebem esta denominação em virtude de apresentarem uma perda parcial ou total das funções ou estruturas do corpo, incluindo as psicológicas, o que lhes resulta o enfrentamento de dificuldades específicas e susceptíveis na limitação de atividades ou restringir a participação na vida social, econômica e cultural (DONABEDIAN, 2003).

No entanto, a Educação Inclusiva e o Desenho Universal, a partir da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT (2004), de acordo com a NBR nº 9050 relacionam a acessibilidade” a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos, enquanto o termo “acessível” ao espaço, edificação, mobiliário ou elemento que possa ser alcançado, visitado e utilizado por qualquer pessoa, inclusive aquelas com “deficiência”, esse termo sugere tanto em acessibilidade física como de comunicação.

O movimento inclusivo é mundial, reúne forças políticas, incentivos culturais, sociais e recursos didático pedagógicos, em defesa dos direitos e oportunidades, principalmente a educação sem preconceitos e nenhum tipo de discriminação, e estão

respaldados na Declaração de Jomtien (1990), na Declaração de Salamanca em linha de ação sobre necessidades educativas Especiais (2004), na Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva (2008) e na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2006) todos esses documentos garantem a universalização do direito a educação para todos e principalmente as pessoas com deficiência.

Em se tratando das pessoas com deficiência, as barreiras arquitetônicas e atitudinais que dificultam o acesso e acessibilidade têm uma natureza social que se manifestam como violência estrutural instituída, em parte, pela naturalização da ação dos atores sociais e das instituições e, pelo desconhecimento do ordenamento jurídico que ampara esses indivíduos. Ou seja, aquela que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas manifestações de pobreza, miséria e discriminação (MINAYO; SOUZA, 2005).

Diante dessa problemática algumas questões surgiram: Como essa clientela se relaciona e são percebidos por outros adolescentes no âmbito escolar? Quais as situações mais comuns enfrentadas por essa clientela na escola? Será que as escolas estão preparadas para receber essa clientela? O estudo buscou compreender como a violência estrutural se apresenta aos adolescentes com deficiência visual e suas implicações no cotidiano escolar.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvido em duas escolas, sendo uma de rede pública e outra de rede privada no município de Fortaleza, Ceará. Teve como finalidade observar, registrar e analisar os

fenômenos ou sistemas técnicos, mediante o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos sem a interferência do pesquisador (SEVERINO, 2004).

Neste estudo, consideraremos os participantes como “adolescentes”, conforme preconiza a *World Health Organization* (1986, p. 11). Sabe-se que há inúmeras tentativas de se definir adolescência. Cada cultura possui um conceito de adolescência, baseando-se sempre nas diferentes idades para definir este período. No Brasil, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente define-se esta fase como característica dos 12 aos 18 anos incompletos. Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como adolescente os indivíduos entre 10 e 19 anos incompletos (WHO, 1986; BALLONE, 1999; EISENSTEIN, 2005).

Foram entrevistados 04 adolescentes com deficiência visual, sendo dois do sexo masculino e dois do sexo feminino na faixa etária de 14 a 19 anos incompletos, regularmente matriculados, cursando o ensino médio, no período de março a setembro de 2010.

Este projeto foi previamente autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, mediante o parecer N° 123/2010 respeitando as normas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (MS, 1997). O consentimento dos diretores das escolas se deu através de uma carta de apresentação da pesquisa anexada ao instrumento de coleta de informações. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido para os adolescentes e seus responsáveis legais, e após assinados iniciamos o estudo em duas etapas.

Primeiramente, as informações foram adquiridas mediante uma entrevista semiestruturada, a fim de se estabele-

cer uma interlocução entre os pesquisadores e os entrevistados com vistas a obter dados secundários e primários, constituintes da representação da realidade (MINAYO, 2013).

As falas foram gravadas e transcritas integralmente no momento das entrevistas e como forma de validação de seu conteúdo, foram lidas para os adolescentes que concordaram, e as complementaram e/ou corrigiram quando acharam necessário, não interferimos no conteúdo das falas, conservando, assim, os termos peculiares da linguagem dos sujeitos, e a fim de resguardar o anonimato citaremos os adolescentes foram identificados pela letra “P”, seguida de algarismo arábico conforme a ordem das entrevistas.

Para análise das informações das entrevistas, adotou-se o referencial de análise temática de conteúdo de acordo com Bardin (1979). Assim, após escuta e leitura flutuante realizada pelos autores, as informações foram descritas, visando o reagrupamento em categorias. Desta forma, por meio da identificação de temas significativos a serem interpretados, buscou-se identificar as situações que se repetiram e também aquelas vivenciadas especificamente por cada adolescente do estudo em relação ao relacionamento com amigos, professores e funcionários.

Durante a segunda etapa de coleta das informações seguiu-se a aplicação de um “check list”, baseado nos capítulos 4, 6, 7, 8, 9 e 10 da Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR 9050/2004. Esta norma técnica orienta sobre a acessibilidade, sendo instrumento confiável e indicador de critérios mínimos de qualidade e conforto ambiental (ABNT, 2004).

Nesta etapa durante a coleta de informações foram observados os ambientes físicos das escolas. O instrumento era composto por itens que analisaram presença de obstáculos nas

dependências da escola, a comunicação, avisos e indicações para orientação e mobilidade, iluminação natural e artificial, projeção de sombras na lousa e carteiras escolares. Foi utilizada fita métrica para analisar as barreiras arquitetônicas, de acordo com as medidas referidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (2004), conforme o conceito do Desenho Universal, relacionadas à acessibilidade nos meios arquitetônicos e urbanos.

## **Resultados e Discussão**

Os adolescentes entrevistados relataram que suas deficiências visuais tiveram as seguintes causas: glaucoma, retinoblastoma e acidente com arma de fogo e, como essas alterações visuais concorrem nas relações interpessoais, no aprendizado e conseqüentemente no rendimento escolar, principalmente em determinadas disciplinas, conduzindo-os a recuperações e reprovações no decurso escolar.

Três adolescentes relataram situações em que tiveram baixo rendimento escolar, o primeiro afirmou que ficou em recuperação em uma matéria durante o 1º ano do segundo grau, o seguinte relatou três recuperações, sendo uma durante o 1º ano do segundo grau e duas durante o 2º ano do segundo grau e o último vivenciou uma reprovação na 2ª série do primeiro grau, e apenas um deles não havia vivenciado nenhum tipo de recuperação ou reprovação.

Essa realidade escolar vivenciada pelo grupo reabre uma antiga discussão, sobre o processo de democratização da escola, quando os sistemas de ensino universalizam o acesso, porém, a exclusão de indivíduos e grupos vistos fora dos padrões homogeneizadores da escola, ainda permanecem segregados e,

entregues ao fracasso escolar. Portanto, os achados foram categorizados em duas amplas temáticas: a) violência estrutural na escola: círculo de invisibilidade, preconceito e desvalorização; e b) desajustes e barreiras arquitetônicas e as implicações no cotidiano escolar.

### ***Violência estrutural na escola: círculo da invisibilidade, desvalorização e preconceito***

O processo de naturalização da violência estrutural permite ignorar sua existência, tantas vezes manifestadas por instituições clássicas de poder, instituídas no dia-a-dia, tornando-se onipresente nas ações que envolvem grupos, sociedade e o Estado, até mesmo o senso comum tem dificuldade de compreendê-la julgando-a como incompetência dos governantes e/ou gestores (NETO & MOREIRA, 1999). Pressupõe-se que a escola tenha suas estruturas de poder e dominação, naturalizando a diversidade mantendo as pessoas com deficiência no círculo de invisibilidade, no distanciamento e na exclusão social.

Os adolescentes relataram que durante as vivências no âmbito escolar com seus amigos, as dificuldades mais comuns relacionavam-se com as metodologias de aprendizagem desenvolvidas pelo professor, e a inclusão nas equipes de trabalho, tornando-se conflituosas:

*Tenho dificuldade para entender as aulas. Peço ajuda para os meus colegas, mas eles nunca têm tempo para me ajudar. (P.1).*

*Quando o professor passa algum trabalho de grupo, eu sempre sobro. Ninguém quer que eu faça parte da equipe. Eles acham que eu não vou conseguir fazer o trabalho direito. (P.3)*

As pessoas com deficiência causam estranheza num primeiro contato, que pode manter-se ao longo do tempo a depender do tipo de interação e dos componentes dessa relação. O preconceito emerge como um comportamento pessoal, porém não pode ser atribuído apenas ao indivíduo, posto que não se restringe a exercer uma função irracional da personalidade. Pode ocorrer a reação mimética de que fala Crochik (2011), que consiste num imobilismo de impacto por parte do preconceituoso. Por serem as motivações inconscientes decisivas para a formação do preconceito, é pertinente uma reflexão que resulte na explicitação das causas de tal estranheza.

O corpo marcado pela deficiência, por ser disforme ou fora dos padrões, lembra a imperfeição humana. Como nossa sociedade cultua o corpo útil e aparentemente saudável, aqueles que portam uma deficiência lembram a fragilidade que se quer negar. Não os aceitamos porque não queremos que eles sejam como nós, pois assim nos igualaríamos. É como se eles nos remetessem a uma situação de inferioridade (SILVA, 2006). Tê-los em nosso convívio funcionaria como um espelho que nos lembra que também poderíamos ser como eles. Esse potencial, que é real, em vista das trágicas mudanças que nos podem ocorrer, é que nos faz frágeis, uma vez que queremos ser sempre completos e constantes. O que também parece perturbar nos contatos com pessoas com deficiência é o fato de não sabermos como lidar com elas, posto que a previsibilidade é uma forte característica das relações sociais da contemporaneidade.

O estigma, por ser uma marca, um rótulo, é o que mais evidencia, possibilitando a identificação. Quando passamos a reconhecer alguém pelo rótulo, o relacionamento passa a ser com este, não com o indivíduo. E, assim, idealizamos uma vida particular dos cegos, dos surdos, que explica todos os seus

comportamentos de uma forma inflexível, por exemplo: ele age assim porque é cego.

Nesse processo de rotulação, o indivíduo estigmatizado incorpora determinadas representações, passa a identificar-se com uma tipificação que o nega como indivíduo. Essas pessoas passam a ser percebidas, a princípio, por essa diferença negativa, o que irá indicar fortemente como elas irão comportar-se. Glat (1991, p. 9) expressa esta particularidade das interações como um “fabuloso teatro”:

*Esse rótulo tem uma dupla função: ao mesmo tempo que serve de ingresso numerado, indicando qual o lugar onde ele tem direito de sentar no “Teatro da Vida”, determina também o script que o indivíduo terá que representar enquanto ator nesse teatro!... Assim, não só ele passa a agir segundo os padrões esperados pelo papel (os únicos que lhe foram ensinados), como os outros atores também contracenam com ele enquanto pessoa estigmatizada reforçando ainda mais esse papel.*

Nesse ambiente, as pessoas constituem-se de forma defensiva para evitar maior sofrimento. Muitas vezes as pessoas com deficiência aceitam e até defendem encaminhamentos que negam as suas possibilidades de escolha e atuação, reforçando ações beneficentes e assistencialistas que têm a incapacidade como princípio.

Nesse sentido, todos nós, e não apenas as pessoas com deficiência, nos distanciamos cada vez mais da autonomia e da possibilidade de diferenciação, restando apenas a adaptação à situação existente, que constitui um esforço para aceitar as dificuldades necessárias a sobrevivência ou autopreservação,

sem se contrapor a ela. Esse mecanismo é possível devido à consciência coisificada, orientada pelo princípio da adaptação (SILVA, 2006).

Essa condição das pessoas com deficiência é um terreno fértil para o preconceito em razão de um distanciamento em relação aos padrões físicos e/ou intelectuais que se definem em função do que se considera ausência, falta ou impossibilidade. Fixa-se apenas num aspecto ou atributo da pessoa, tornando a diferença uma exceção.

Para Vash (1988) há três tendências para explicar a desvalorização das pessoas com deficiência: *primeiro* a consideração do preconceito como algo biologicamente determinado, o questionamento psicossocial, *segundo* o qual no plano das relações sociais os diferentes são menos tolerados, e *terceiro* a tendência que a autora denomina político-econômica, em que ser deficiente resulta em mais custos para o sistema social, que envolvem desde a família até a sociedade mais ampla.

Quanto ao preconceito, Amaral (1998, p. 16-17) descreve três versões dirigidas a essas pessoas; chama de “generalização indevida” o juízo que transforma a condição de limitação específica de uma pessoa em totalidade, ou seja, ela torna-se deficiente por ter uma deficiência; “correlação linear” é a disposição para elaborar relações do tipo “se...então”, simplificando de forma demasiada o raciocínio, consolidando o preconceito pela economia do esforço intelectual. E o “contágio osmótico” é o temor do contato e do convívio, numa espécie de recusa em ser visto como um deficiente. Inúmeras são as formas pelas quais o preconceito às pessoas com deficiência se constitui e é reforçado: pela educação escolar, pela mídia, nas relações familiares, pelo trabalho, pela literatura, entre outras.

Percebe-se que as relações interpessoais entre os adoles-

centes e os professores praticamente não foram citadas. Existe uma maior preocupação com a nota. Alguns professores se preocupam mais com a velocidade da aprendizagem do que com o progresso contínuo e seguro:

*Com algumas exceções, a maioria é bom, mas o problema não é com a pessoa em si, é com a matéria. Em Química e Física eu acho que vou ficar de recuperação por causa dos gráficos, dos ângulos, eu não tenho como entender (P.2).*

O papel do educador num programa educacional para deficientes visuais vai muito além de ensinar, ele deve participar do processo de inserção de tais alunos em classes comuns. Nestas classes, os adolescentes entram em contato com alunos dotados de visão, se deparam com desafios necessitando de suporte do profissional para ultrapassarem os obstáculos, como, por exemplo, a possível ocorrência de um isolamento dos demais colegas de classe em atividades e conversas. Isso foi relatado, inclusive, por um dos adolescentes, que disse:

*No começo foi muito difícil porque alguns não falavam comigo, mas como estou aqui desde a 5ª série facilita muito (P.1).*

Esse adolescente poderia ter sido mais ajudado se houvesse uma maior preparação dos profissionais, pois para trabalhar com deficientes visuais são exigidas habilidades especiais para atender a necessidades específicas deste grupo de educandos (SALZEDAS; BRUNS, 1999). Há uma necessidade de aprimoramento dos professores, através de meios que permitam o acesso ao conhecimento acerca da matéria.

Assim como a relação com os colegas da escola, percebemos uma boa interação também com alguns funcionários da escola: *Desde o começo sempre foi dez. Todos são gente boa* (P.3).

O respeito à pessoa com deficiência é, sem dúvida, prioritário diante de todo processo inclusivo, com orientações e recomendações para criar, selecionar e desenvolver adaptações, necessárias a convivência, principalmente em ambientes educacionais, de saúde, culturais, de esporte e lazer. Os profissionais devem ser sensibilizados e capacitados para auxiliar esses adolescentes em relação aquisição e desenvolvimento de novas habilidades.

Um dos adolescentes entrevistados relatou:

*Só tive problemas com o inspetor porque sempre que eu passava, esbarrava na perna dele e ele me dizia algumas coisas. Eu respondia à altura, mas aí comuniquei à diretoria e não aconteceu mais* (P.4).

Essa situação descreve e demonstra o despreparo do funcionário em relação ao trato com a pessoa com deficiência visual, a ineficiência de lidar com os processos inclusivos, acreditar nessa realidade, e principalmente o respeito a diversidade. Para tanto, a educação permanente e continuada deve manter-se a fim de minimizar as questões sobre os preconceitos, mitos e tabus.

Na experiência de trabalho com adolescentes, constata-se a importância e o valor atribuídos à escola por parte dos adolescentes, da família e da comunidade. A escola coloca-se na vida do adolescente como uma instituição de grande significado. Além de ser uma das primeiras instituições a manter contato, é um local eminentemente coletivo que proporciona

ao adolescente a experimentação da formação da sua identidade para além da família. Nela o adolescente pode escolher suas amizades, desenvolver interesses, identificar-se com seu grupo e formular seus primeiros projetos para o futuro.

É neste sentido que a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2007), conforme a Portaria nº 948, de 09 de outubro de 2007, tem como objetivo o acesso, a participação e a aprendizagem dos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas escolas regulares, orientando os sistemas de ensino para promover respostas às necessidades educacionais especiais, com vistas a garantir-lhes: atendimento educacional especializado; continuidade da escolarização nos níveis mais elevados do ensino; formação de professores para o atendimento educacional especializado e demais profissionais da educação para a inclusão escolar; participação da família e da comunidade; acessibilidade urbanística, arquitetônica, nos mobiliários e equipamentos, nos transportes, na comunicação e informação; e articulação intersetorial na implementação das políticas públicas.

### ***Desajustes e barreiras arquitetônicas e as implicações no cotidiano escolar***

As escolas que atendem alunos com deficiência visual seja ele cego ou com baixa visão, deveriam proporcionar o direito de ir e vir a essas pessoas, possibilitando a ocupação democrática dos espaços construídos para todos os indivíduos, independentes de suas características físicas, sensoriais e mentais salvaguardando a acessibilidade espacial (DISCHINGER; BINS ELY; BORGES, 2009).

Apesar da acessibilidade urbanística, arquitetônica, nos mobiliários e equipamentos concorrem para os processos inclusivos, e evidentemente minimizar os efeitos da violência estrutural na escola, decorrentes dos processos de exclusão, a realidade encontrada descreve-se de forma diferente. Durante a pesquisa, foram visitadas duas escolas, sendo uma escola pública com 380 alunos matriculados, 44 professores que já estava em funcionamento há 23 anos e, outra privada com 324 alunos matriculados, 62 professores em funcionamento há 8 anos.

Os ambientes físicos das escolas pública e privada foram caracterizados em adequados (A) e inadequados (I), conforme o Quadro 1.

**Quadro 1** – Análise dos ambientes físicos das Escolas Pública e Privada. Fortaleza (CE), 2010.

Ambientes físicos	Escola Pública (1)	Escola Privada (2)
<i>Rampas</i>	I	I
Escadas	I	I
Corrimão	I	I
Piso externo	I	I
Forração	I	A
Portas	I	A
Sala de aula – iluminação	I	I
Janelas	A	A
Comunicação e/ou sinalização	I	I
Sanitários	I	I
Árvores	A	A
Elementos fixados abaixo de 2 m do piso	A	I
Total de itens	12	12
Total de itens adequados	3	4
Percentual de itens adequados	25%	33%

De acordo com a observação realizada nos locais, a escola pública contém 03 itens adequados que representam 25%, enquanto a escola privada conta com 04 itens adequados representando 33%, enquanto respectivamente 75% a 67% demonstrando que não há diferenças significativas entre o público e o privado, nos itens que se encontravam inadequados. Porém, representavam entraves a orientação e mobilidade, riscos de acidentes, na aprendizagem em decorrência da iluminação, e uso de tecnologias assistivas, e independência e autonomia nas atividades de cuidado pessoal, principalmente aos adolescentes com deficiência visual na escola. Portanto, faremos os comentários necessários a fim de esclarecer e destacar os itens avaliados:

- a) A ausência de rampas, em ambas as escolas, dificulta a mobilidade do adolescente com deficiência visual, pois existem apenas escadas e estas se encontram com inadequações na altura dos degraus. O ideal seria a existência de uma rampa de acesso na entrada, e que todos os degraus das portas fossem substituídos por minirampas.
- b) Os pisos no início/término das escadas não possuíam faixa de textura diferenciada (mínima 28 cm). Na Escola (2) havia um tapete no início da escada de acesso principal e na Escola (1) o piso era do tipo “chão batido”, considerado irregular, com presença de pedras e areia. Além disso, foi constatada também a ausência de corrimão nas escadas de ambas as escolas. O risco de acidentes nas escadas é uma realidade nessas instituições.

- c) Em relação às portas das salas de aula, sanitários e outras dependências, verificou-se que as maçanetas são do tipo giratórias, enquanto que o ideal seria do tipo alavanca. Outro ponto a se destacar é que algumas portas estavam entreabertas, também possibilitando a ocorrência de acidentes. O adequado seria que as portas estivessem completamente fechadas ou abertas.
- d) A iluminação das salas de aula é inadequada, apesar de haver instalação de lâmpadas fluorescentes. Há projeção de sombras nas carteiras escolares. Todas as áreas ao redor do aluno com visão subnormal necessitam de iluminação difusa. A iluminação é uma condição necessária para a visão, dependendo da patologia ocular do aluno, alguns requerem baixos níveis de iluminação, outros altos níveis de iluminação (como luminária), outros que a luz venha de uma fonte natural (como uma janela), ou do lado direito, esquerdo, ou de costas, nunca incida a luz nos olhos, sempre no estímulo visual (COSTA, 2000).
- e) Há ausência de comunicação tátil (Braille e diferenças de texturas de superfícies) e avisos em letras grandes e com cores contrastantes nos acessos principais, em painéis e bibliotecas. Há falta de material ampliado ou em relevo, de livros transcritos para o Braille, sonoros ou em suporte digital, a insuficiência e precariedade de serviços especializados são enfatizadas como fatores que dificultam e comprometem a escolarização destas pessoas. Ausência de ampliação de material em

tinta, desenhos, imagens e gráficos. Pode-se observar dificuldade no acesso à leitura, escrita e à informação em geral, poderia ser viabilizado através de investimentos e ações tais como: ampliação e otimização das bibliotecas e serviços especializados existentes; incentivos e subsídios financeiros que possibilitem o acesso às tecnologias disponíveis no mercado; atualização do acervo bibliográfico, produção de livros em disquetes ou CD-ROM; criação de bibliotecas virtuais com acervo diversificado e acessível aos leitores com necessidades especiais.

- f) Os sanitários também estavam inadequados. A altura do assento era abaixo (0,38 m) do valor padrão de 0,46 m do piso, além de existir desnível na soleira da porta de acesso; a válvula de descarga na Escola 2 era uma corda com altura de 1,50 m do piso e na Escola 1 a válvula era ativada através de pressão manual. O ideal seria uma válvula de descarga de alavanca com altura máxima de 1,00 m do piso. Não existiam barras de apoio na lateral. Os lavatórios ultrapassavam (0,90 m e 0,93 m) a altura padrão de 0,80 m do piso e as torneiras eram giratórias, enquanto deveriam ser do tipo alavanca. Na Escola (1) a torneira de um dos banheiros estava quebrada e amarrada com pedaços de ferro, trazendo riscos aos alunos. Também se constatou a presença de materiais de limpeza (vassouras) no corredor do banheiro, trazendo grande possibilidade de acidentes, principalmente aos deficientes visuais que utilizam aquele ambiente.

No Brasil, conforme a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) referente a NBR nº 9050/2004 preconiza a norma a utilização do conceito “acessível” tanto para a acessibilidade física como para a comunicação e sinalização e define acessibilidade como a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano (ANDERSEN, 1995). Entende-se que a acessibilidade institucional demonstra o zelo, dedicação, responsabilidade e envolvimento dos profissionais com o suprimento das necessidades humanas básicas das pessoas que se utilizam do ambiente da escola.

## **Considerações finais**

São numerosos e desafiadores os obstáculos cumulativos e excludentes propiciados pela violência estrutural, que dificultam ou impedem a mobilidade, a livre circulação, a comunicação, a interação física e social das pessoas cegas ou com baixa visão em suas atividades diárias. Não raro, estas pessoas convivem com atitudes, atos discriminatórios e estruturas excludentes que convertem o cotidiano em campo de batalha e tornam a condição de cidadania mera abstração ou um ideal inatingível.

Tornar ambientes acessíveis mediante a adequação ambiental é fator preponderante para a permanência de pessoas com deficiências na escola. Não estamos falando da necessidade de se promover profundas adaptações na estrutura física da escola e em seu mobiliário; salientamos apenas que se faz necessário proceder a reorganização do espaço físico, desobstruindo corredores, portas, pátios, o que, aliás, favorece a melhor circulação e mobilidade para todos alunos, professores e comunidade escolar. Deve-se também considerar a questão da

iluminação, tanto a natural como artificial, ou seja, promover a adequada abertura das janelas, portas e cortinas, favorecendo a incidência da claridade natural ao interior da sala de aula, bem como a utilização da luz artificial com a instalação de lâmpadas do tipo fluorescente, tomando cuidado para que as mesmas não projetem sombra na lousa ou nas carteiras escolares respeitando a diversidade.

A democratização da educação constitui um dos direitos fundamentais ao adolescente, devendo ser assegurada pelo Poder Público encarregado de fornecer as condições necessárias à sua efetivação, visando pleno desenvolvimento, preparando-o para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho e um futuro promissor minimizando as desigualdades sociais.

A escola coloca-se na vida do adolescente como uma instituição de grande significado, por proporcionar o exercício de sua identidade para além da família, em contatos com contextos de condicionamentos e diferenças sociais, e por criar condições para a produção e o acesso a novos saberes, na perspectiva de construção de cidadania e de envolvimento dos diversos atores que compõem este universo escolar.

A educação inclusiva e o desenho universal colaboram para a equiparação de oportunidades, acesso a informação, para minimizar os riscos e acidentes, contribuir com a participação social, com o processo criativo, produtivo, trazendo possibilidades e oportunidades de desfrutar e conviver em sociedade da qual participa exercendo a sua cidadania com dignidade.

Salientamos sobre a importância de que a família, professores, profissionais da saúde e funcionários estejam sempre participando de palestras, reuniões com profissionais especializados, veiculação de material escrito (cartazes, folderes, folhetos e outros), exibição de vídeos, estudos individuais e em

grupos. Ao propor um trabalho conjunto interdependente e interdisciplinar a fim de contribuir no sentido de apropriação de novas formas de pensar e agir. Deste modo, este estudo inicial coloca-se como delineamento inacabado e motivador de novas reflexões e fontes empoderamento para superação e transformação dos limites da participação social que condescendem o processo de adolecer numa sociedade inclusiva.

## Referências

ADAY, L. A; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv. Res.**, Malden, v. 9, p. 208-220, 1974.

AMARAL, L. A. Sobre crocodilos e avestruzes: falando de diferenças físicas, preconceitos e sua superação. IN: AQUINO, J.G. (Org.). **Diferenças e preconceito na escola: alternativas teóricas e práticas**. 2.ed. São Paulo: Summus, 1998. p.16-17

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J. Health Soc. Behav.**, New York, v. 36, p. 1-10, 1995.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **ABNT NBR 9050**: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos [monografia na internet]. Rio de Janeiro; 2004 [citado 2005 set 10]. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/ABNT/NBR9050-31052004.pdf>> Acesso: 1 nov. de 2013.

BALLONE, G.J. **Depressão na adolescência** [página na Internet]. Campinas: PsiqWeb Psiquiatria Geral; 1999 [citado 2003 mar 10]. Disponível em: <http://gballone.sites.uol.com.br/infantil/adolesc1.htm#1>.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Portugal: Edições 70; 1979.

BOULDING, E. Las Mujeres y la Violencia. In: **La Violencia y Sus Causas**. Paris: Editorial UNESCO, 1981. p 265-279.

BRASIL. **Declaração Mundial sobre Educação para Todos**: plano de ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem. UNESCO, Jomtiem/Tailândia, 1990

BRASIL. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais**. Brasília: UNESCO, 1994.

BRASIL. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria Ministerial nº 555, de 5 de junho de 2007, prorrogada pela Portaria nº 948, de 09 de outubro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.

COSTA, J.A. **Aluno com baixa visão: enfoques pedagógicos**. Brasília (DF): Projeto Nacional para Alunos com Baixa Visão; 2000.

CROCHËK, J. L. **Preconceito e educação inclusiva**. Brasília: SDH/PH, 2011, p. 215.

DISCHINGER, M.; BINS ELY, V. H. M.; BORGES, M. M. F. C. **Manual de acessibilidade espacial para escolas**: o direito à escola acessível. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2009.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

\_\_\_\_\_. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press; 2003.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n.2, , p.5-6, 2005.

GLAT, R. (Org.). **Educação inclusiva: cultura e cotidiano escolar**. Rio de Janeiro: 7 letras, 2007.

LOURO, G.L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis: Vozes; 1997.

MINAYO, M.C.S. ; SOUZA, E.R. Violência contra o idoso: é possível prevenir?. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.p.141-158.

NETO, O. C.; MOREIRA, M. R. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, v.1, p.33-52, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **O atendimento de crianças com baixa visão: programa para a prevenção de cegueira da OMS**. Bangkok, 1994.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**, 2006.

SALZEDAS, P.L.; BRUNS, M.A.T. Adolescer: a vivência de portadores de deficiência visual. **Revista Benjamin Constant**, v.5, n.12, p.6-16, 1999.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez, 2004.

SILVA, L.M. O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência. **Revista Brasileira de Educação** [online], Rio de Janeiro, v.11, n.33, p.424-434, 2006.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 2. ed. São Paulo: Gente; 1996.

SOUZA, A.C.; LOPES, MJM. Implantação de uma ouvidoria em saúde escolar: relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.23, n.2, p.123-41, 2002.

ROCHA, C.R.M.; FERRIANI, M.G.C.; SOUZA, M.S.S. O acompanhamento do adolescente na escola. In: **Associação Brasileira de Enfermagem**. *Adolescer: compreender, atuar, acolher*. Brasília (DF); 2001. p. 45-52.

VASH, C. L. **Enfrentando a deficiência**. São Paulo: Pioneira; Ed. da Universidade de São Paulo, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Young People's Health** – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

# PARTE 3

## *VIOLÊNCIAS EM GRUPOS VULNERÁVEIS*

# **Violência estrutural e a saúde bucal de idosos: vinte e quatro anos de invisibilidade**

Maria Vieira de Lima Saintrain  
Rosendo Freitas de Amorim  
Suzanne Vieira Saintrain  
Fátima Luna Pinheiro Landim  
Mirna Albuquerque Frota  
Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

## **Introdução**

No Brasil, uma das maiores expressões de violência estrutural tem se manifestado por meio do fenômeno da prevalência da cárie e de doenças periodontais, levando à mutilação, ou seja, ao edentulismo parcial ou total de milhões de brasileiros. Pelo seu grau de sutileza, essa modalidade de violência figura como fenômeno invisível, porém que se produz e reproduz através de instrumentos institucionais, como também relacionais e culturais, incidindo sobre a condição de vulnerabilidade das pessoas histórico-econômica e socialmente.

A má saúde bucal é fenômeno que já há algum tempo vem merecendo crítica e reflexão em nosso país, na medida em que somam mais de 30 milhões os desdentados (BRASIL, 2011). Dentro dessa problemática, dados epidemiológicos destacam o elevado índice de cárie dentária, como também de problemas periodontais entre pessoas na faixa etária dos 65 aos 74 anos, levando ao edentulismo 75% da população idosa do

país não possui total ou parcialmente os seus dentes (BRASIL, 2011; COLUSSI; FREITAS, 2002).

Problemas bucais entre os idosos guardam, primeiramente, forte relação com as trajetórias de vidas de pessoas de baixa renda (BRASIL, 2010; PETERSEN; KANDELMAN; ARPIN, OGAWA, 2010). Colussi e Freitas (2002) esclarecem que o contingente mais pobre diante da evidência das exodontias e das doenças periodontais se submetem, por muito tempo, somente a medidas de cunho emergenciais. Depois, mesmo entre àqueles com maior frequência ao dentista, as intervenções se caracterizam pela falta de ações preventivas, curativas e reabilitadoras (NARVAI E FRAZÃO, 2008). Conclui-se, lendo esses autores, que a exposição histórica à situação de vulnerabilidade econômica, associada ao descaso ou má condução terapêutica tem por desfecho a mutilação gradativa de pessoas até a sua idade mais avançada (ARAÚJO, FREIRE, PADILHA, BALDISSEROTO, 2006).

O problema de saúde bucal no Brasil é, portanto, multi-causal; vão desde a impossibilidade de um tratamento restaurador devido a própria característica da lesão, passando por práticas odontológicas que priorizam o tratamento mutilador, aparentemente mais barato, até os aspectos culturais quando a perda dentária é aceita como condição natural do envelhecimento e garantia da ausência de dor. A cárie dentária está associada à populações de menor poder aquisitivo, sendo seus efeitos sobre o bem-estar geral um resultado da condição de desdentamento (ou de dentes mal cuidados), como também da ausência de medidas de reabilitação adequadas (PATRICK *et al*, 2006; HEALTHLY PEOPLE 2020, 2013; CHAIRMAN E MAZE, 2012; CASTREJÓN-PÉREZ, 2012)

Na medida em que uma sociedade perceba e aceite que a saúde bucal de seu povo é parte integrante e inseparável da saúde geral (CFO, 1994), entender-se-á também que os problemas relacionados extravasam a mera dimensão do corpo físico (CHAGAS, NUTO E ANDRADE, 2008), determinando, por conseguinte, abordagens que perpassam a responsabilidade da disciplina de Odontologia (SAINTRAIN E SOUZA, 2012). A saúde bucal implica, portanto, muito mais do que dentes saudáveis, haja vista que a boca é simultaneamente uma causa e um reflexo da saúde individual e bem-estar da população. Neste contexto, o cuidar destes pacientes requer uma abrangência multi e interdisciplinar.

Para Minayo (2005), trata-se de uma violência estrutural, essa sofrida pela população idosa, que faz coincidir a violência produzida nas relações com as desigualdades sociais existentes (diferenças culturais, econômicas e de educação formal); fenômeno que também é consequência da omissão das células sociais de assistência pública.

Nesta configuração, a violência estrutural corresponde à maneira como se (des)valoriza o ser humano na sociedade, e o comportamento violento se reifica pela negligência no cuidado dentro do escopo das instituições sociais e de saúde, incluindo o acesso a bens e serviços (OLIVEIRA, 2008). Portanto, esta forma de violência, na maioria das vezes, passa despercebida pelos usuários do sistema de saúde dada a astúcia no processo de acolhimento, quase sempre não resolutivo, mas considerado normal.

Retomando os escritos de Narvai e Frazão (2008), embora se tratar de uma realidade desde sempre presente em nossa sociedade, a ausência de dentes como reflexo da má condição de saúde bucal das pessoas, e da pessoa idosa em particular,

nem sequer é lembrada no dia-a-dia como um problema, o que dirá de classificá-la como uma violência. Destarte, Rowson (2012) ressalta que todas as formas de marginalização infringida as pessoas, que possam determinar privação de acesso aos serviços e comprometer o bem-estar geral podem ser consideradas violência estrutural. Corroborando esse posicionamento Freitas (2011) escreve que este tipo de violência ocorre pela desigualdade social, e através das manifestações de discriminação – como também tem recepção nas instituições responsáveis pela assistência, por meio das barreiras no acesso aos serviços de saúde e na omissão em face da gestão de políticas sociais (VIEIRA NETTO e EMMERICH, 2010).

Mais cruel é pensar que esse tipo de violência impossibilita a pessoa, de forma transitória ou permanente, desempenhar naturalmente suas funções de mastigação, deglutição e fonação – como também estão envolvidos elementos psicossociais, guardando estreita ligação com sentimentos esteticamente negativos e com a privação social.

Diante de tudo que foi exposto, surgiu a necessidade de revisitar os três grandes levantamentos epidemiológicos de base nacional focalizando as condições de saúde bucal da população idosa no Brasil, com o seguinte objetivo: caracterizar a violência estrutural sofrida pela pessoa idosa em função de como se conduziu ao longo de 24 anos o problema de sua saúde bucal. Para tanto, retomou-se em análises inquéritos nacionais realizados com intuito de pôr luz sobre como se veio lidando com as condições de saúde bucal da população idosa em diferentes décadas.

Agregar evidências de pesquisa para guiar a prática é uma das principais relevâncias no desenvolvimento de estudos dessa natureza. No caso específico da saúde bucal da pessoa

idosa, o tema ainda é muito relevante dado ao grande interesse que desperta na saúde pública/coletiva ao se considerar o contexto atual de mudança do perfil epidemiológico e demográfico da população mundial, e especificamente a brasileira. Depois, esse tipo de estudo contribui para com a formação do pensamento crítico que a prática diária necessita, implicando na (re) estruturação de serviços, de programas e de políticas públicas de saúde que possam responder às demandas emergentes.

## **Método**

Estudo ecológico e temporal (Pereira, 2007), que se utilizou dados secundários referentes aos levantamentos epidemiológicos de base nacional abordando a condição de saúde bucal dos idosos brasileiros para comparar os valores de CPO-D e seus componentes. Este índice expressa o número de dentes permanentes atacados por cárie, tendo como média para a população o resultado da soma dos dentes cariados, perdidos (extraídos) e obturados, dividida pelo número de indivíduos examinados (KLEIN; PALMER, 1982). Alusivos aos anos de 1986, 2003 e 2010 (Brasil, 1988; 2004; 2011) tratam-se dos três únicos levantamentos de dados epidemiológicos oficiais empreendidos pelo Ministério da Saúde do Brasil ao longo de 24 anos no território brasileiro.

O primeiro Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no Brasil considerava apenas os moradores da zona urbana, tendo sido realizado em 1986 junto às pessoas na faixa etária de 50 a 59 anos de idade. Designou-se esta faixa etária, na época da pesquisa, devido a esperança de vida dos brasileiros ao nascer, tendo sido considerada como a mais representativa para a população envelhecida (BRASIL, 1986).

Já nos levantamentos subsequentes, realizados respectivamente nos anos de 2003 e 2010, incorporou tanto os idosos da zona urbana, como também da zona rural do país, tomando como referência para determinar população-alvo a faixa etária adotada pela Organização Mundial da Saúde para classificação da pessoa idosa, ou seja, 65 a 74 anos de idade (BRASIL, 2004).

Nos três inquéritos epidemiológicos suprarreferidos está presente a metodologia adotada pela OMS (WHO, 1997), na qual se estabelece como unidade de medida para a cárie dental o Índice CPO-D, proposto por Klein e Palmer em 1937.

## **Resultados e Discussão**

É importante iniciar essa análise enfatizando o grau de modernidade em que a Odontologia brasileira se encontra em termos de destreza, arte e técnica. Para além disto, o país tem, desde 1988, um Sistema Único de Saúde (SUS) cuja filosofia é assegurar o acesso universal ao atendimento em saúde à todos os indivíduos, independentemente de condições sócio-econômicas, culturais e de gênero; e em vigor uma Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), efetiva desde 2003, que preconiza a adoção de estratégias que possibilitem a melhoria do acesso aos serviços odontológicos, especialmente, na atenção básica

Feito esse preâmbulo, é interessante observar a Tabela 1, que traz valores obtidos de CPO-D para os componentes concernentes à saúde bucal da população idosa brasileira nos anos de 1986, 2003 e 2010.

**Tabela 1.** Distribuição de frequência do CPO-D de idosos. Brasil 1986-2010.

Variáveis Ano/Faixa etária	n	CPOD	Componentes do CPO-D		
			Cariado	Perdido	Obturado
1986 – 50 a 59 anos	2.256	27,2	1,3	24,3	1,6
2003 – 65 a 74 anos	5.349	27,8	1,2	25,8	0,7
2010 - 65 a 74 anos	7.509	27,5	0,6	25,3	1,6

Fonte: BRASIL, 1988, 2004, 2011.

Conforme evidencia a Tabela 1, no primeiro levantamento epidemiológico de 1986 no Brasil, o valor detectado do índice CPO-D foi de 27,2 para a faixa etária de 50 a 59 anos. Neste mesmo estudo, 72,07% dos examinados com idade entre 50 e 59 anos necessitavam ou usavam prótese total (BRASIL, 1988).

Nesse primeiro levantamento epidemiológico realizado já fica evidenciado, e oficialmente conhecido pelas autoridades competentes, a gravidade relativa à saúde bucal deste contingente populacional. À época, lembrando que o levantamento epidemiológico considerou apenas a população da zona urbana do país, e sendo o maior agravante para a saúde bucal nos idosos o alto valor do componente “dente perdido”, merece ser dito que o quadro a ser evidenciado seria muito mais grave em termos de detectar a condição de saúde bucal da população em nosso país, caso a zona rural fosse contemplada, uma vez serem poucos, ou mesmo existentes, os serviços nestas localidades à época.

Seguindo a análise da mesma Tabela, constata-se que durante o inquérito feito em 2003, somente 10,2% das pessoas na faixa etária de 65 a 74 anos de idade examinadas possuíam

na sua arcada dentária 20 ou mais dentes. Nesta população, portanto, enquanto os componentes “cariado” e “obturados” representaram, respectivamente, 1,23 (3,84%) e 0,73 (2,28%) do CPO-D, o componente “perdido” (extraído) foi responsável por 25,83 equivalendo a 80,72% deste mesmo CPO-D.

Destarte, uma projeção feita pela OMS e FDI (1982) para a saúde bucal da população mundial estabelecia que cerca de 50% dos idosos deveriam possuir pelo menos 20 dentes no ano de 2000, o que difere muito dos percentuais de fato evidenciados pelos inquéritos oficiais subsequentes. Mais que isso, o mesmo relatório de 2003 registra que 70% dos idosos não iam ao dentista há mais de três anos; e que outro percentual significativo dos idosos acessados durante o inquérito de 2003 (5,8%) nunca tinham frequentado o serviço odontológico. Informando, assim, perpetuarem-se condições com desfechos similares nas enfermidades que significam as patologias bucais.

No terceiro e último inquérito epidemiológico realizado no Brasil, ano de 2010, os achados evidenciados na Tabela 1 dizem respeito a idosos com idade entre 65 a 74 anos com origem nas zonas rural e urbana do país. O CPO-D encontrado foi de 27,5, sendo que responde por quase a totalidade o número de dentes perdidos. Também na realidade desse levantamento, foi grande o percentual dos idosos que não iam com periodicidade ao dentista haviam pelo menos três anos (42,3%), bem como o dos que nunca tinham feito uso desses serviços (14,7%). O componente “dor” foi registrado nesse ano como queixa principal de 48,12% dos atendimentos.

Ainda neste levantamento, a necessidade de prótese dentária foi marcante visto que 32,4% dos idosos examinados necessitavam de prótese total superior, e 56,1% dos demais necessitavam de prótese total inferior (BRASIL, 2011).

Ou seja, visualizando-se esses dados de inquérito tem-se como evidências que o índice CPO-D continua praticamente com a mesma severidade, atingindo 27,5 dentes nos indivíduos da faixa etária de 65 a 74 em 2010 (BRASIL, 2011); mais uma vez, quase a totalidade desse indicador está comprometida com o número de extrações, em dentes aparentemente passíveis de conservação.

A situação epidemiológica em termos de saúde bucal dos idosos no Brasil se classifica, deste modo, como “severa” e “grave” (JITOMIRSKI, 2008), na medida em que vem se perpetuando uma iniquidade de acesso, e que há uma condução equivocada da assistência em saúde bucal. Isso, *per se*, já orienta pensar como estando presente na práxis a violência estrutural. Reflexo portanto dessa violência é o grau de perda dentária resultante da carga de enfermidades orais percebidas para a população idosa, além da prevalência de medida mais radical/mutilante que é a opção pelo “desdentamento”.

## **Considerações Finais**

Constatou-se que o cenário da saúde bucal para a população idosa brasileira em pouco, ou em quase nada, modificou ao longo de 24 anos. Essa condição detectada é o que sugere a violência estrutural. Funcionam como marcadores de risco a baixa oferta de serviços odontológicos de qualidade e a pobre autopercepção da saúde bucal; o que permite concluir pela necessidade de programas e estratégias para a eliminação de barreiras, fornecendo metas mensuráveis visando alcançar a redução da desigualdade de acesso e de efetivos serviços de educação, prevenção e de tratamento dentário.

O cenário exposto induz, portanto, questionar sobre os elementos ainda necessários para reverter os dados epidemiológicos mantidos ao longo de décadas, haja vista que uma visão crítica da realidade encontrada nos faz refletir sobre as responsabilidades coletiva e do poder público, que fazem perpetuar uma escassez de oferta de suporte social e de políticas públicas abrangentes no tocante a saúde bucal que se inicie na infância e acompanhe a pessoa em toda a sua longevidade. Assim, acredita-se que alguns elementos são importantes nas mudanças almeçadas, como: políticas públicas incisivas acerca da relação entre a saúde bucal e a saúde geral e/ou sistêmica na população de idade avançada, bem como novas estratégias massificadoras da ideia de que o cuidado com a saúde bucal trata-se de um direito do cidadão e um dever da rede pública de saúde desde os primeiros anos de vida. Nesta conjuntura, o Município é o local privilegiado para as práticas da atenção primária, configurando-se como o espaço de sua materialização (CHAGAS, NUTO, ANDRADE, 2008).

Entretanto, inserir a gestão dos serviços públicos de saúde bucal na construção social constitui desafio permanente, tendo por agravante o fato de que poucos profissionais de saúde e gestores valorizam o tratamento social dos problemas de saúde bucal. Outro componente importante a fomentar a violência estrutural em saúde bucal é o fosso cultural entre cirurgiões dentistas e pacientes de diferentes classes sociais (HEALTHLY PEOPLE 2020, 2013). Neste contexto, a condição social e cultural da pessoa idosa pode contribuir para a pouca informação e educação em saúde bucal pelo cirurgião dentista, comprometendo a escolha do tratamento, tanto preventivo como curativo.

## Referências

ARAÚJO, S.S.C.; FREIRE, D.B.L.; PADILHA, D.M.P. Baldisserotto J. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface Comunic Saúde Educ**, São Paulo, v. 9, n. 12, p. 203- 216, 2006.

BRASIL. SBBrazil 2010. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados principais**. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto\\_sb2010\\_relatorio\\_final.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf)> Acesso em: 15 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de saúde bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana 1986**. Brasília: 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003 – Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 - Resultados principais**. Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2004.

CASTREJÓN-PÉREZ, R.C. et al. Oral health conditions and frailty in Mexican community-dwelling elderly: a cross sectional analysis. **BMC Public Health**, London, 2012.

CHAGAS, R.A.; NUTO, S.A.S.; ANDRADE, L.O.M. **Política municipal de saúde bucal: da construção coletiva ao desafio de seu desenvolvimento em Fortaleza (CE)**. Divulgação em saúde para debate, 42. p. 35-50, 2008.

CHAIRMAN, M.W.; MAZE, B.A. **Canadian Oral Health Strategy**. Disponível em: <http://www.fptdwc.ca/assets/PDF/Canadian%20Oral%20Health%20Strategy%20-%20Final.pdf>. Acesso em: 21 fev 2012.

COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5. p. 1313-20. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Conferência Nacional de Saúde Bucal** (CNSB) 2, 1993, Brasília. Relatório Final. Brasília: Conselho Federal de Odontologia, 1994.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE. Global goals for oral health in the year 2000. **Int Dent J**, London, v. 32, n. 1. p. 74-77. 1982.

FREITAS, C.A.S.L. **O idoso vítima de violência**: desafios do sistema de saúde para o enfrentamento do fenômeno. 2011. 189f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza. 2011.

HEALTHY PEOPLE 2020. **Improving the health of America**. Disponível em: <<http://www.healthypeople.gov/2020/about/DisparitiesAbout.aspx>> Acesso em: 21 fev 2013.

JITOMIRSKI, F. Atenção a idosos. In: PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 2008.

KLEIN, H.; PALMER, C.E. **Dental cavities in American Indian children**. Publ Hlth Bull 1937.

MINAYO, M.C. **Violência contra idosos**: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria. 2.ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA, W.F. Violência e Saúde Coletiva: contribuições teóricas das ciências sociais à discussão sobre o desvio. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 42-53. 2008.

PATRICK, D.L.; et al. Reducing Oral Health Disparities: A Focus on Social and Cultural Determinants. **BMC Oral Health.**; London, v. 6, suppl 1, S4, 2006.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e prática. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PETERSEN, P.E.; KANDELMAN, D.; ARPIN, S.; OGAWA, H. Global oral health of older people – Call for public health action. **Community Dental Health**; 27 (Suppl 2) 257–268. 2010.

ROWSON, M. Violence and development. In: SALVAGE, J.; ROWSON, M.; MELF, K.; SANDØY, I. (eds). **The Medical Peace Work textbook**, 2nd edition, Course 4: Structural violence and the underlying causes of violent conflict. London, Medact. Available at [www.medicalpeacework.org](http://www.medicalpeacework.org), accessed: 22.2.2013. 2012.

SAINTRAIN, M.V.; SOUZA, E.H. Impact of tooth loss on the quality of life. *Gerodontology*, Oxford, v. 29, n. 2, 2011.

SILVA, M.J. *et al.* A violência na vida cotidiana do idoso: um olhar de quem a vivencia. **Rev Eletrônica Enferm**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 124-136, 2008.

TETUAN, T. M.; MCGLASSON, D.; MEYER, I. Oral health screening using a caries detection device. **J Sch Nurs.**, Scarborough, v. 21, p. 299- 306, 2005.

VIEIRA, N.M.f.; EMMERICH, A. Percepção dos coordenadores municipais de saúde bucal sobre a violência estrutural no estado do Espírito Santo, Brasil. **Rev Bras Pesq Saúde**, Vitória, v. 12, n. 2, p.12-17, 2010.

World Health Organization - WHO. **Oral health surveys**: basic methods. 4. ed. Geneva: ORH, 1997.

# **Produção na literatura sobre Conselho Tutelar e a violência contra a criança e o adolescente**

Samira Valentim Gama Lira

Gerarda Maria Araújo Carneiro

Maryna Vasconcelos de Oliveira Vicente

Deborah Pedrosa Moreira

Aline de Souza Pereira

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

## **Introdução**

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) ressalta a violência como um agravo de notificação e posteriormente a portaria nº104 (2011) inclui a violência doméstica as doenças e agravos de notificação compulsória. Ela deve ser compreendida como um instrumento de garantia de direitos e de proteção social de crianças e adolescentes, permitindo aos profissionais de saúde, educação, assistência social, assim como os conselhos tutelares e a justiça adotarem medidas imediatas para cessar a violência (BRASIL 2009b).

A rede de serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS constitui-se um espaço que realiza a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência, como para a orientação às famílias, independente da diversidade cultural e religiosa, e orientação sexual, dando igual tratamento às pessoas com deficiências, dentre outras peculiaridades (BRASIL 2010).

Mesmo se a família não quiser ou não aceitar a notificação compulsória, o profissional de saúde deverá informá-la que terá de notificar o caso aos órgãos competentes e encaminhar o caso para os serviços que apoiam, defendem, protegem e cuidam de crianças e adolescente. Dentre os serviços, além dos proporcionados pela saúde (hospital e atenção primária à saúde, CAPS), existem outros como a escola, ONGs, abrigos, IML, Ministério Público, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (BRASIL, 2010).

Além desses citados existe o Conselho Tutelar que deve proteger e garantir o cumprimento dos direitos das crianças e dos adolescentes. Além disso, é autônomo e não jurisdicional, podendo resolver muitos casos sem necessitar de um encaminhamento jurídico (BRASIL, 1990).

Ressalta-se, porém, que o Conselho Tutelar possui atuação de caráter administrativo e não-assistencial, e tem a função de executar atribuições constitucionais e legais no campo da proteção à infância e juventude (SANTOS, 1999), o que muitas vezes prejudica a assistência a criança ou adolescente vitimado.

Vale salientar que para o Conselho Tutelar o ato da denúncia possui um caráter de notificação ou vice-versa, assim, denunciar e notificar para eles são atividades semelhantes, pois ambas as palavras são sinônimos.

Quando a denúncia/notificação apresentada se refere a uma situação de violência doméstica, o Conselho Tutelar tem poderes para aplicar uma série de medidas que buscam garantir a proteção da criança e do adolescente. As medidas podem envolver desde a orientação, o apoio e acompanhamento temporário à família, realizadas pelo próprio conselheiro, até ações de suspensão de o pátrio poder (MILANI; LOUREIRO, 2008).

O presente trabalho teve início através da inserção no primeiro semestre do curso de enfermagem no grupo de pesquisa (Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Acidentes e Violências – NEPAV) em que participamos de diversos trabalhos na temática da violência. Nossa primeira experiência com pesquisa na área da violência contra crianças e adolescentes foi através de atividades educativas em escolas da rede municipal, na orientação de alunos quanto ao Bullying e posteriormente na participação de pesquisas com os gestores da região metropolitana de Fortaleza, investigando quais estratégias o município desempenhava para combater a violência contra criança e adolescente.

Em 2007, os membros do grupo (NEPAV) começaram a investigar sobre a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na Estratégia Saúde da Família, no estado do Ceará. Atualmente as pesquisas focam o trabalho da rede de apoio integral a crianças e adolescentes vítimas de violência. Diante disso, primeiramente é necessário realizar um mapeamento das produções científicas, pois isso irá contextualizar, fundamentar e nortear para posteriormente ser realizado uma pesquisa de campo.

Diante dessa magnitude, o trabalho é relevante, pois se pretende compreender a produção científica acerca do conselho tutelar no âmbito nacional, por ser um órgão que está direcionado à criança e do adolescente para combater situações de violência em que esse grupo é exposto. Inicialmente, para contextualizar o leitor, identificou-se alguns estudos envolvendo o Conselho Tutelar e o ambiente escolar, mas o intuito deste trabalho se detém na investigação e aprofundamento das pesquisas que estudaram o trabalho do Conselho Tutelar no combate e notificação da violência.

Além disso, faz-se necessário a identificação e compreensão desses estudos, pois o órgão é um ponto chave quando se trata do enfrentamento da violência, por ele ter a oportunidade de estar bem posicionado e fazer um elo entre todos os serviços que compõe a Rede de Proteção.

Vale salientar, que dentre os serviços que compõe a rede que atendem e acompanham as crianças e adolescente em situações de violência, o Conselho Tutelar é o primeiro órgão informado, pois foi criado para proteger esse grupo. E a partir de sua investigação do caso realiza novos encaminhamentos ou os resolve.

Com o objetivo de analisar a produção científica sobre a prática do Conselho Tutelar em relação à notificação dos casos de violência contra a criança e o adolescente, as autoras realizaram um mapeamento das pesquisas efetuadas com este órgão.

## **Método**

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica que segundo Gil (2002) é desenvolvida mediante material já elaborado, principalmente em livros e artigo científicos, abrangendo todo o referencial já publicado em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, teses, dissertações, monografias, jornais, revistas e livros.

Segundo Gil (2002) a pesquisa bibliográfica, como qualquer outra modalidade de pesquisa, desenvolve-se ao longo de uma série de etapas. Seu número, assim como seu encadeamento, depende de muitos fatores, tais como a natureza do problema, o nível de conhecimentos que o pesquisador dispõe sobre o assunto, o grau de precisão que se pretende conferir à pesquisa etc. Assim, qualquer tentativa de apresentar um

modelo para desenvolvimento de uma pesquisa bibliográfica deverá ser entendida como arbitrária. A pesquisa bibliográfica pode, portanto, ser entendida como um processo que envolve as etapas: escolha do tema; levantamento bibliográfico preliminar; formulação do problema; elaboração do plano provisório de assunto; busca das fontes; leitura do material; fichamento; organização lógica do assunto; redação do texto.

Na Revisão Bibliográfica é necessário definir o tema que conduzirá a pesquisa. Ou seja, identificou-se nas produções científicas pesquisas sobre o Conselho Tutelar e depois as associadas aos casos de violência contra a criança e o adolescente. Assim, utilizou-se como banco de dados a biblioteca virtual de saúde – BIREME, com o descritor conselho tutelar.

Os critérios de inclusão foram produções científicas do tipo artigo, de todos os idiomas, sendo disponíveis na íntegra, estudos de pesquisa de campo, ano de publicação a partir de 1990, pois o ECA foi aprovado nesse ano e é este documento que descreve as ações do conselheiro tutelar. Os critérios de exclusão foram as demais produções científicas, estudos que não estejam focando a prática/ações do Conselho Tutelar e que estejam disponibilizando apenas o resumo. A coleta de dados foi durante o período de fevereiro/março de 2013.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um formulário que abordou as seguintes variáveis: ano de publicação, tipo de estudo, região brasileira da pesquisa, público-alvo, instrumento de coleta de dados, área de conhecimento, tipologia da violência, natureza da violência, rede de apoio e local da pesquisa.

A análise dos dados foi a partir da coleta de dados e conforme a literatura pertinente ao assunto, e, além disso, foi descrito os dados em um quadro para melhor compreensão dos resultados.

Foi necessário definir algumas terminologias importantes para a compreensão desta pesquisa:

- Conselho Tutelar segundo o ECA (1990, Art. 131) é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente definidos por Lei.
- Para o ECA (1990) criança é uma pessoa até 11 anos de idade.
- Adolescente, para o ECA (1990), é considerado pessoas entre 12 e 18 anos de idade.
- Violência segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.

As pesquisadoras leram na íntegra todos os artigos disponíveis para avaliar conforme os critérios de inclusão e exclusão e posteriormente analisar o conteúdo, para assim fazer o mapeamento das pesquisas sobre conselho tutelar, e depois as associadas a violência.

Foi realizada uma consulta à base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), no período entre fevereiro e abril de 2013, utilizando-se o descritor conselho tutelar. Esta consulta resultou em 68 produções, sendo: 48 artigos, 8 teses, 6 monografias, 4 documentos de projeto, 1 congresso e conferência e 1 não convencional.

Durante o processo de realização da pesquisa foram encontradas algumas dificuldades, como: produção científica relacionada ao tema, estudos voltados para a área da saúde, além de trabalhos com informações incompletas sobre crianças e adolescentes em situação de violência.

Utilizando-se critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 38 artigos para análise, que estão descritos nas tabelas a seguir.

## Resultados

De acordo com a tabela 1, dos 38 artigos estudados, percebemos que a partir do ano de 2008 (57,9%) teve um aumento significativo no número de publicações sobre o assunto em relação aos anos anteriores. Em relação ao tipo de estudo, predominou-se o estudo quantitativo (52,6%). Porém os estudos qualitativos (47,3%) também foram significativos, por último o estudo bibliográfico (10,5%).

**Tabela 1:** Características de publicação dos artigos encontrados a partir da pesquisa bibliográfica.

Variáveis	N	%
Ano de publicação*		
>2008	22	57,9
≤2008	16	42,1
Tipo de estudo*		
Quantitativo	20	47,6
Qualitativo	18	42,9
Bibliográfico	4	9,5
Região do país		
Centro-oeste	17	44,7
Sudeste	11	29,0
Nordeste	7	18,4
Sul	2	5,3
Norte	1	2,6

\* média dos anos

\* Mais de uma opção.

A região do país que mais estudou conselho tutelar foi a Centro-oeste (44,7%), em seguida a região sudeste (29,0%), nordeste (18,4%), sul (5,3) e por último a região norte (2,1%).

**Tabela 2:** Características dos artigos em relação ao estudo realizado.

Variável	N	%
<b>Público alvo</b>		
Crianças e adolescentes	19	50,0
Conselho tutelar	9	23,7
Família	8	21,0
Outros	2	5,3
<b>Instrumento</b>		
Entrevista	13	34,2
Questionário	7	18,4
Formulário	7	18,4
Outros	11	29,0
<b>Área de conhecimento</b>		
Violência	24	63,1
Educação	6	15,8
Políticas	3	7,9
Rede	3	7,9
Processo de trabalho	2	5,3

A tabela 2 nos mostra que crianças e adolescentes (50,0%) foram o público mais estudado, o conselho tutelar também foi objeto (23,7%), alguns estudos pesquisaram além do conselho tutelar, outros públicos, como por exemplo, a família (21,0%). O instrumento para a coleta de dados mais utilizados foi à entrevista (34,2%), em seguida vem outros (11,0%) instrumentos, como escala e a oficina de trabalho. O questionário e formulário ficaram por último com o mesmo percentual (18,4%).

Na área de conhecimento, predominou-se a violência (63,1%) dos artigos, em seguida a educação (15,8%), políticas (7,9%), rede (7,9%) e por ultimo o Processo de trabalho (5,3%).

Dos 38 artigos, 24 diziam respeito à violência, que estão descritos na tabela a seguir:

**Tabela 3:** Características dos artigos em relação ao seu conteúdo sobre violência.

Variável	N	%
Tipologia da violência		
Interpessoal	18	66,7
Auto-infligida	5	18,5
Estrutural	3	11,1
Coletiva	1	3,7
Natureza da violência		
Sexual	13	23,7
Psicológica	12	21,8
Física	12	21,8
Negligência	7	12,7
Abandono	2	3,7
Privação de cuidado	1	1,8
Não especificou	8	14,5
Rede de apoio		
Sim	18	75,0
Não	6	25,0
Local da pesquisa		
Serviço de saúde	11	42,3
Conselho tutelar	6	23,1
Escola	4	15,4
Rede	2	7,7
Outros	3	11,5

Como podemos observar na tabela, a tipologia predominante nos artigos foi à violência interpessoal (75,0%), seguida de violência auto-infligida (20,8%), estrutural (12,5%) e coletiva (4,2%). Já com relação a natureza da violência, prevaleceu a violência sexual (54,2%), psicológica (50,0%), física (50,0%) e negligência (29,2%). Muitos artigos não especificaram a natureza da violência (33,3%).

A maioria dos artigos fala e utiliza a rede de apoio (75,0%), porem podemos notar que ainda existem pesquisas

que abordam a Rede (25,0%). Com relação ao local da pesquisa, o serviço de saúde (45,8%) obteve destaque, ele inclui hospitais, clínicas, profissionais da saúde e atenção básica. Depois ficou o conselho tutelar obteve (25,0%), seguido da escola (16,7%), outros (12,5%) e a rede (8,3%), que incluem todos os serviços que compõe a rede de apoio.

## **Discussão**

Diante dos resultados, podemos perceber que partir do ano de 2008, calculado a partir da média dos anos dos artigos, houve um aumento no número de publicações científicas sobre Conselho Tutelar, mostrando a importância de estudar esse assunto (SCHEINVAR 2012; SEQUEIRA, MONTI E BRACNOT 2010; ESPÍNDULA, TRINDADE E SANTOS 2009; BAZON 2008; BANNWART E BRINO 2011), apesar da criação do principal documento que respalda o conselheiro tutelar – Estatuto da Criança e do Adolescente – ter sido publicado em 1990 (BRASIL, 1990).

Além disso, o Ministério da Saúde, nesses últimos anos, começou uma maior publicação (investimento, capacitação e organização dos serviços) acerca do conselho tutelar (BRASIL 2008; 2010), devido compor a rede de apoio integral a criança e adolescentes, lutar em favor dos direitos da criança e do adolescente e participar na construção e implementação de políticas públicas acerca da criança e do adolescente.

Essas alterações do governo federal, estadual e municipal vêm ocasionando expectativas na sociedade e nos servidores, no intuito de melhorar o apoio e proteção da criança e do adolescente. Por isso, desperta nos pesquisadores, o saber e reflexões da prática, ambiente de trabalho, profissionalismo e

articulação com os demais setores (ação social, segurança pública, educação, saúde e jurídico).

Devido os cursos de pós-graduação (CAPES, 2010) e órgãos representantes do governo estarem localizados na região Sudeste, isso possibilita que os representantes da área acadêmica e pesquisadores desenvolvam pesquisas nessa região.

Nesta pesquisa, identificou-se que as regiões que se destacaram nas publicações foram Centro-oeste e Sudeste, concentrando boa parte dos estudos. A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES (2010) demonstram que o Distrito Federal apresenta a maior correlação entre número de programas de pós-graduação/população, com um índice de 3,3 por 100 mil habitantes. O maior número de programas, 702, está no estado de São Paulo, que também apresenta a maior concentração populacional, de 39,83 milhões, o que faz o seu índice ser de 1,8 programas por 100 mil habitantes.

Dentre as áreas que são realizadas a pesquisa destacam-se a educação, direitos humanos e ação social, e devido ao Conselho Tutelar trabalhar com crianças e adolescentes, os principais estudos acabam focando essa área. Corroborando com isso, identificamos que o público-alvo das pesquisas foi às crianças e adolescentes, seguidas do conselheiro tutelar e a família.

Os Conselhos Tutelares foram entes criados especificamente para o atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco, pessoal e/ou social, de ter os direitos identificados pelo ECA ameaçados ou violados (BRASIL, 2010b). Consequentemente os artigos que abordam crianças e adolescentes em situação de violência, poderá abordar o conselho tutelar de diversas maneiras: funcionamento e estrutura, ações desenvolvidas pelo conselheiro, e seguimento dos casos.

O Conselho Tutelar é um instrumento fundamental da garantia dos direitos da criança e do adolescente. Trata-se de uma arma, para luta, e de uma ferramenta, para o trabalho, em favor da população infanto-juvenil. Ele existe para corrigir os desvios dos que, devendo prestar certo serviço público, não o fazem por negligência, imprudência, desentendimento ou qualquer outro motivo (BRASIL, 2008).

Corroborando com os discursos passados, Souza Neto (2006) afirma que os Conselhos “têm o papel de aglutinar forças para reverter à dinâmica das políticas sociais que funcionam mais como reprodutoras da desigualdade”.

Como todo órgão, o conselho tutelar também possui dificuldades ao exercer seu trabalho. A principal dificuldade no dia-a-dia do seu trabalho é a carência de entidades especializadas, principalmente para atender à família (pais e responsáveis) e para receber crianças que necessitam de medidas de proteção. Grande parte dos municípios brasileiros não dispõe de entidades de atendimento especializadas, ou as têm em quantidade ou qualidade insuficiente para atender às necessidades da população-alvo da atuação dos conselhos tutelares (BRASIL, 2010b).

O Conselho Tutelar não pode ser confundido ou transformado em um executor de programas de atendimento. Ele é um zelador dos direitos da criança e do adolescente: sua obrigação é fazer com que a não-oferta ou a oferta irregular dos atendimentos necessários à população infanto-juvenil sejam corrigidos. O Conselho Tutelar vai sempre requisitar serviços dos programas públicos e tomar providências para que os serviços inexistentes sejam criados (BRASIL, 2008).

Mesmo com a temática do trabalho, nos artigos que participaram do estudo que abordavam crianças e adolescentes em situação de violência, nem todos pesquisavam conselho tutelar.

Eles pesquisavam acerca do profissional de saúde, o aspecto social e psicológico da violência, além da escola e família. Porém ao longo do artigo eles citavam o órgão como sendo de proteção das crianças e adolescentes vítimas de violência, e não explicavam ao certo o seu objetivo.

Essa interação do conselho tutelar com outros órgãos nos artigos é entendida como a Rede de Apoio à crianças e adolescente em situação de violência. Um dos principais parceiros da rede de proteção é o setor saúde. (BRASIL, 2010)

Predominou-se como instrumento de coleta de dados, a entrevista, o que nos possibilita uma maior extração de conteúdo do público estudado, e como a violência é uma temática muito complexa, esse instrumento juntamente com outros, como um questionário ou formulário, seria ideal para coletar a maior quantidade de dados possíveis para estudar o caso.

A entrevista é um instrumento essencial a ser utilizado quando se pesquisa conselho tutelar, pois com ela podemos avaliar como o seu trabalho está sendo realizado, quais as dificuldades, além de saber o que precisa ser melhorado pelos próprios conselheiros. É uma oportunidade para eles expressarem suas opiniões.

A tabela 3 diz respeito aos 24 artigos relacionados diretamente com a violência. Sabemos da importância de estudar crianças e adolescentes violentadas, seja por qualquer tipologia ou natureza.

A tipologia mais presente nos artigo foi a interpessoal, que abrange a violência de parceiros íntimos, na comunidade, entre indivíduos, mas principalmente a violência intrafamiliar, pois boa parte da violência que atinge crianças e adolescentes vem da própria residência (DAHLBERG, KRUG, 2006; CECILIO et al, 2012).

A violência interpessoal, um fato que se tem apresentado habitual em nossa sociedade, é um fenômeno universal a afetar diferentes grupos sociais e etários e exibir uma multiplicidade de manifestações. Observa-se, entretanto, uma escassez de estudos que trabalhem com a morbidade causada por violências, principalmente em cidades de pequeno e médio porte e regiões interioranas (CECILIO et al, 2012).

Segundo o Sistema Nacional de Agravos Notificáveis – SINAN, no ano de 2011 foram registrados 39.281 atendimentos de violência notificados, na faixa de < 1 a 19 anos idade, o que representam 40% do total de 98.115 atendimentos computados pelo sistema nesse ano de 2011. Esses dados refletem a nossa realidade e concordam com os dados acerca do público alvo do estudo.

A violência intrafamiliar contra a criança, além de se constituir em uma realidade dolorosa, ao revelar os maus-tratos, traz prejuízos a curto, médio e longo prazos, tanto de ordem física como psicossocial, que podem ser devastadores, já que as experiências vividas na infância refletem na vida adulta (RAMOS, SILVA, 2011).

Segundo Mena (2005) em reportagem publicada no jornal Folha de São Paulo os pais foram identificados, com maior frequência, como violadores, em que as mães (26,2%) e os pais (23,9%) foram os principais notificados aos Conselhos Tutelares de doze estados do Brasil.

Segundo um estudo realizado por Gomes (1998) das 106 ocorrências de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes estudadas, somente 24 delas viraram inquérito e, dessas, apenas uma tornou-se processo, tendo sido absolvido o agressor.

Os traumas mais frequentes advindo da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes são aqueles em que existe negligência do cuidador em prover as condições mínimas de cuidado e sobrevivência da crianças (SANCHEZ, MINAYO, 2004).

Segundo uma pesquisa realizada por Ramos e Silva (2011) os profissionais de saúde têm mais facilidade de encaminhar crianças vítimas de violência intrafamiliar para pronto-socorro e ou hospitais de referências do que para o Conselho Tutelar. Influencia também a decisão dos profissionais a experiência negativa no que tange à questão subliminar de ameaças de morte e de medo. Existe também receio dos profissionais em relação ao que irá acontecer com a criança caso ela seja encaminhada para o Conselho Tutelar.

Porém em uma pesquisa realizada por Granville Garcia et al (2008) em que os profissionais de saúde foram indagados sobre conhecer algum órgão de proteção á criança, 83,3% afirmaram que sim, e o Conselho Tutelar foi o principal citado para denuncia dos casos suspeitos (94,9%).

Quando a denúncia apresentada ao Conselho Tutelar se refere a esse tipo de violência, o Conselho tem poderes para aplicar uma série de medidas que buscam garantir a proteção da criança. As medidas podem envolver desde a orientação, o apoio e acompanhamento temporário à família, realizadas pelo próprio conselheiro, até ações de suspensão do pátrio poder (MILANI, LOUREIRO, 2008).

Além da tipologia, categorizamos também a natureza da violência presente nos artigos com a temática abordada. Destacaram-se a violência sexual, psicológica e física. Sabemos que elas estão presentes na nossa sociedade, e que são as que mais atingem crianças e adolescente. Estão presentes nas ruas, escolas e até mesmo dentro da própria casa.

Ainda segundo a pesquisa feita por Cecílio et al (2012) que corrobora com o presente estudo, mostrou relevância quanto a natureza da violência, a mais frequente foi a física (93,6%), seguida de psicológica/moral (50,5%) (CECÍLIO et al, 2012).

Porém segundo Granville-Garcia et al (2006) em pesquisa realizada em João Pessoa se destacou a natureza negligência (49,24%) seguida de violência psicológica (28,94%). Esses dados preocupam, pois de acordo com Jessee (1994) a negligência, apesar de não inspirar o mesmo grau de indignação dos demais tipos de violência, representa cerca de 40% das fatalidades.

Segundo VIVA (2009) cerca da metade dos casos correspondiam a crianças (21,4%) e adolescentes (26,2%), representando 47,6% do total de notificações recebidas. Os dados mostram que a violência se expressa de forma diferente entre homens e mulheres e deve ser entendida a partir da violência de gênero. No sexo masculino, as crianças na faixa entre 0 e 9 anos foram as mais acometidas, sendo a agressão física a forma mais frequente de violência. No sexo feminino, as adolescentes entre 10 e 19 anos foram as principais vítimas, sendo a violência psicológica/moral, física e sexual os tipos mais prevalentes, entre todas as mulheres.

Seja qual for à tipologia ou a natureza da violência, um achado alarmante e preocupante, a requerer atenção e iniciativa de toda uma sociedade, relaciona-se ao perfil do agressor. Dados de mortalidade, morbidade, criminalidade e delinquência, violência contra mulheres, idosos e até mesmo crianças, todos apontam para o sexo masculino como o mais prevalente autor de agressão (CECÍLIO et al, 2012).

Por último analisou-se a presença, dentro do estudo, da Rede de Apoio a crianças e adolescente vítimas de violência. A maioria dos artigos (75%) relatou a sua presença, pois comentavam da interlocução do setor saúde, escola, assistência social, conselho tutelar, e até mesmo do Ministério Público para além de solucionar casos de violação de direitos, prevenir esses acontecimentos.

A Rede de Apoio segundo Brito e Koller (1999) representa “o conjunto de sistemas de pessoas significativas que compõem os elos de relacionamento recebidos e percebidos do indivíduo”.

Ao iniciar os atendimentos de casos de violência no Conselho Tutelar, se necessário, realiza-se os encaminhamentos às diversas instituições de apoio social disponíveis no Município, assim, evidencia-se a importância de existir essa rede de apoio interligada ao Conselho Tutelar. Nos trabalhos estudados, observamos que quase todos comentavam a importância e a existência da Rede de Apoio.

Ao se tratar da violência contra crianças e adolescentes, a Rede se torna ainda mais relevante, pois essa população vitimada precisa de amparo a todo o momento. Muitas crianças necessitam de acompanhamento psicológico, hospitalar, muitas vezes até de um abrigo, pois os agressores podem estar dentro da sua residência.

Segundo estudo quantitativo por Cocco et al (2010) que pesquisou profissionais da saúde em ambiente hospitalar, destacou-se a preocupação e obrigação de comunicar as ocorrências aos órgãos de proteção à criança, como o Conselho Tutelar, a Promotoria Pública e o Juizado da Infância e Adolescência.

Essa comunicação entre órgãos de proteção, escola e saúde constitui uma Rede importante no que diz respeito à segu-

rança e solução do problema enfrentado por esse público. É necessária a troca contínua de informações, capacitação sobre trabalho intersetorial, para fortalecer cada vez mais esse trabalho e diminuir os índices de violência contra crianças e adolescentes.

Um dos principais parceiros da rede de apoio é o setor saúde. O conselheiro poderá requisitar serviços nessa área, devendo ser atendido com prioridade em situações de emergência. Caso o município não ofereça os serviços necessários, o Poder Executivo deverá estabelecer protocolo para encaminhar a criança ou o adolescente a outro município (BRASIL, 2010b).

Comumente, o conselho tutelar é acionado pelos profissionais de saúde para intervir em situações de emergência hospitalar. São, em geral, casos com alto nível de gravidade e complexidade, tais como agressões físicas, abuso sexual e negligência. Por sua natureza, esses casos sensibilizam os profissionais, estimulando-os a tomar providências que visam à proteção da criança ou do adolescente (BRASIL, 2010).

Devido a essa importante ligação do setor saúde e conselho tutelar e outros órgãos que compõe a Rede, grande parte das pesquisas realizadas nos artigos estudados ocorreram dentro dos serviços de saúde, uma outra possível explicação seria pelo fato da procura da população pelo serviço. É um local importante, pois lá crianças vão a todo o momento na sala de imunização, na consulta de puericultura, consulta com dentista, ou até mesmo em uma consulta rotineira.

Os profissionais de saúde são “peça chave” na observação, identificação e notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes. Nos encontros, consultas, na própria visita domiciliar eles podem identificar mudanças de comportamento, irritabilidade, timidez, além de no exame físico observar lesões que possam lavar a suspeita da violência.

Segundo pesquisa de Cocco (2010) os principais profissionais responsáveis pelo atendimento de casos de violência foram técnicos de enfermagem (58,82%), enfermeiros (29,41%) e médicos (11,76%).

Reconhece-se que o trabalho na área da violência contra crianças e adolescentes requer intervenção interdisciplinar. Porém, na realidade a equipe de enfermagem está mais perto dos atendimentos e as condutas no âmbito da atenção primária, pela proximidade com a população e também pela quantidade de profissionais, que na maioria das vezes é maior em relação às outras profissões. E na atenção secundária, pois são os enfermeiros que têm o primeiro contato com pacientes nas Unidades de Pronto Atendimento.

Cocco (2010) ainda nos mostra as principais condutas em situações de violência da equipe de enfermagem entre os profissionais pesquisados: eles acolhem as vítimas e solicitam a presença de um médico para avaliação, diagnóstico e tratamento. Ao enfermeiro cabe realizar o processo de enfermagem, a fim de direcionar as ações de cuidado da equipe.

## **Conclusão**

Conselho Tutelar é um importante órgão para, junto com a saúde e educação atuar nas ações de violência contra crianças e adolescentes. Apesar do ECA (1990) que regula o seu trabalho, há muito o que ser feito para melhorar o atendimento a esse grupo vulnerável e importante para o futuro do país. Percebemos com a análise dos resultados que apesar de existirem trabalhos sobre conselho tutelar e eles abordarem a violência, a maioria são pesquisas da área da psicologia, e não analisam o trabalho desse órgão. É necessário pesquisar mais

diretamente a ação dos conselheiros, como eles contribuem para cessar a violência contra crianças e adolescentes.

Vale salientar que a maioria dos artigos estudados citaram a Rede de Apoio, o que nos revela que os pesquisadores estão atentos para esse tipo de trabalho. Mas, apesar de citar e saber a existência, a Rede como ferramenta importante ainda foi pouco abordada, necessitando de mais estudos que analisem como funciona a Rede de Apoio e quais seus componentes, enfatizando cada vez mais a sua importância no contexto da violência.

## Referências

BANNWART, T.H.; BRINO, R.F. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra criança e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. **Rev. Paul Pediatr.**, São Paulo, v.29, n.2, p.138-145, 2011.

BAZON, M.R. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p. 323-332, 2008.

BRASIL. **Lei Federal n. 8.069 de 13 de julho de 1990: dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)>

BRASIL. **Lei Federal n. 8.069 de 13 de julho de 1990.** Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)> Acesso em: 4 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**. Plano Nacional de Pós-Graduação. Brasília; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da Violência na Saúde das Crianças e Adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de Violência**. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA - Vigilância de Violência e Acidentes 2006-2007**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009a. 154 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**. Citado em 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Teoria e prática dos conselhos tutelares e conselhos dos direitos da criança e do adolescente**.– Rio de Janeiro, RJ : Fundação Oswaldo Cruz, 2010b.

BRASIL. Ministério Público do Estado de Goiás. **Guia Prático do Conselheiro Tutelar**. Centro de Apoio Operacional da Infância, juventude e educação - Goiânia : ESMP-GO, 2008.

BRASIL. Portaria n.º 1.968/GM, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde\* **publicada n D.O.U nº 206 de 26/10/01. Seção 1** – Página 86.

BRASIL. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** 2001.

BRITO, R.C.; KOLLER, S.H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. **O mundo social da criança:** natureza e cultura em ação, p. 115-129, 1999.

CECILIO, L.P.P.et al. Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.21, n.2, jun. 2012.

COCCO, M. et al. Violência contra crianças e adolescentes: estratégias de cuidado adotadas por profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saúde.**, Maringá, v.9, n.2, 2010.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2006.

ESPÍNDULA, D.H.P.; TRINDADE, Z.A.; SANTOS, M.F.S. Representações e práticas educativas de mães referentes a filhos atendidos pelo conselho tutelar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, jan/mar 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed., São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, R. Da denúncia à Impunidade: em Estudo sobre a Morbimortalidade de Crianças Vítimas de Violência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14. n. 2, 1998.

GRANVILLE-GARCIA, A.F. et al. Maus-Tratos a Crianças e Adolescentes em São Bento do Una. **Resv. Bras Odontopediatria Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 8, n. 3, 2008.

KRUG, E. G. et al. (Ed.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

MENA, F. Mãe Lidera ranking da violência infantil. Folha de São Paulo, **Caderno C**, p.5, 2005.

MILANI, R.G.; LOUREIRO, S.R. Famílias e violência doméstica: condições psicossociais pós ações do conselho tutelar. **Psicol. cienc.**, Brasília, v. 28, n. 1, 2008.

RAMOS, M.L.C.O.; SILVA, A.L. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, Mar. 2011.

SANCHEZ, R. N.; MINAYO, M.C.S. **Violência contra Crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SCHEINVAR, E. Conselho tutelar e escola: a potência da lógica penal no fazer cotidiano. **Psicologia & Sociedade**. v. 24, p. 45-51, 2012.

SEQUEIRA, V.C.; MONTI, M.; BRACONNOT, F.M.O. Conselhos tutelares e psicologia: políticas públicas e promoção de saúde. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 15, n. 4, 2010.

SOUZA NETO, et al. Apontamentos para reflexão sobre concepções das práticas de atendimento à criança e ao Adolescente. **São Paulo: Expressão e Arte**. São Paulo, 2006a.

SOUZA NETO, J.C.; NASCIMENTO, M.L.B.P. **Infância: Violência, Instituições e Políticas Públicas**. São Paulo: Expressão e Arte, 2006b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Global consultation on violence and health. **Violence: a public health priority**. Geneva: WHO, 1996.

# Lúdico na promoção da saúde de crianças em situação de risco

Mirna Albuquerque Frota  
Luiza Luana de Araújo Lira  
Camila Santos do Couto  
Caroline Soares Nobre  
Ceci Vilar Noronha  
Fátima Luna Pinheiro Landim

## Introdução

Na saúde pública, a violência é compreendida como um acontecimento em rede, que se insere na teia de relações sociais, com múltiplas faces articuladas entre si (OLIVEIRA, 2008). É um fenômeno complexo resultante da interação de fatores individuais, de relacionamentos, institucionais, comunitários e sociais.

Nas últimas décadas, os infantes têm sido diretamente correlacionados ao tema, isso indica que este é um dos grupos humanos mais expostos e vulneráveis a sofrer violações de direitos. Situações que ocorrem no contexto familiar e escolar caracterizam-se como problemas de relevância social e científica. A circunstância de vulnerabilidade, seja social ou pessoal das crianças, e de suas famílias, perpassa, assim, o contexto histórico, econômico, cultural, político, psicossocial e jurídico em que a sociedade está estruturada (FRANZIN; FRANZIN; MOYSÉS, 2012; KAEFER; TRAESEL; FERREIRA, 2010).

Para contextualizar a infância em situação de risco, Hillesheim e Cruz (2008), designam como sendo crianças que se encontram em posições difíceis de vida, vinculados aos fatores que ameaçam ou causam efetivo dano à integridade física, psicológica ou moral, em consequência da ação ou omissão de diversos agentes, tais como: a família, outros grupos sociais ou o próprio Estado. Abreu (2002) complementa que situações de risco interrompem e corrompem direitos e potencialidades dos infantes, com base na raiz da palavra risco, que provem do latim *resicare* – “cortar”.

De acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990 Art. 5º “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos direitos fundamentais” (BRASIL, 1996).

A violência contra a criança pode ocorrer sob diversas manifestações, sendo essencial a compreensão para que estratégias de promoção da saúde e de prevenção sejam entendidas. Ressalta-se que a violência pode ocorrer dentro dos lares e é perpetrada por aqueles que deveriam amá-los, educá-los e respeitá-los. Caracterizada por violência doméstica ou intrafamiliar é toda a ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família (OLIVEIRA et al, 2008; SILVA et al, 2009; BRASIL, 2002). O fenômeno da violência intrafamiliar, assim como a vivenciada na comunidade por crianças, é vista como fator que envolve aspectos adversos que se tornam crônicos, comprometendo o crescimento, desenvolvimento e sobretudo as ações comportamentais.

Assim, o ambiente no qual a criança se desenvolve é a base de sua formação, dessa forma os costumes deste ambiente são absorvidos de maneira natural. Assim, crianças expostas aos diversos tipos de violência em seu cotidiano tendem a se tornarem violentas. O infante, seja como vítima ou autor de atos violentos, está relacionado a fatores desencadeantes relacionados ao ambiente no qual se desenvolve. A criança não é na sua essência violenta, mas a convivência com a violência torna-a violenta, isso se reflete nas brincadeiras, nos gestos e formas de expressões agressivas, repletas de significados de sua infância violada (FROTA et al, 2012; MARCHEZAN et al., 2009).

Destaca-se que a ação, independe do conteúdo intrínseco, mas vincula relações e tem a tendência pertinente de romper e transpor limites e fronteiras. Os atos manifestam a condição na qual o indivíduo está inserido na sociedade (ARENDETT, 2010). Quando vive em um ambiente saudável e amável, demonstra-se calma e passiva, porém em um contexto violento e destrutivo reflete ações e brincadeiras de agressividade e rebeldia. Neste sentido, o sujeito leva marcas da violência vivida e sofrida ao longo da vida.

A promoção da saúde engloba recursos e potencialidades que visam o enfrentamento de situações de risco à violência e que fortalecem os fatores de proteção. De modo a buscar o desenvolvimento social, a saúde pública tem como dever responder às necessidades, problemas e aspirações de saúde da população. Com a finalidade de reduzir o impacto da violência na sociedade a atuação da saúde pública deve estar atrelada ao desenvolvimento de políticas e ações de prevenção (AVANCI; PESCE; FERREIRA, 2010).

O lúdico, como instrumento viável e inspirador, embora não promova a cura direta do sujeito, ajuda de forma consis-

tente no enfrentamento da situação. Assim as atividades lúdico-educativas, que ocorrem por meio de desenhos, pinturas, danças, cantos, rabiscos, bagunças, brincadeiras e jogos, entre outros, têm sido objeto de transformação na vida de indivíduos. Enquanto brincam, as crianças expressam experiências pessoais desenvolvendo atividade espontânea. Assim, possibilitadas a interagir com o meio e, por meio deste, desenvolverão a função não apenas social, mas sim global (CAVALCANTE et al, 2011; SOUZA et al, 2012).

Diante desta perspectiva surge a utilização de atividades lúdicas como estratégia de efetivação da promoção da saúde com crianças em situação de risco, tendo como características a ludicidade, a interatividade com os infantes, a linguagem de fácil acesso e a articulação entre o conhecimento popular e científico. Para tanto, os objetivos consistem em propor estratégias lúdicas para a promoção da saúde de crianças em risco de violência; analisar a contribuição das atividades lúdicas no cotidiano de crianças em situação de risco; avaliar a contribuição do lúdico para o desenvolvimento psicomotor e afetivo emocional da criança.

## **Método**

Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, que compreende o problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam. Segundo Minayo (2010), a abordagem engloba questões particulares, preocupando-se, nas ciências sociais, com a realidade que não pode ser quantificada, assim trabalha com o mundo de crenças, valores e princípios, significados e aspirações, o que corresponde a um espaço complexo das relações, fenômenos e processos que não podem ser minimizados a simples variáveis.

A pesquisa foi realizada na Escola de Ensino Infantil e Fundamental pertencente à rede Municipal de Ensino, situada na periferia da cidade de Fortaleza-Ceará. A referida instituição funciona nos turnos manhã e tarde, recebe alunos dos bairros vulneráveis adjacentes à escola, nos quais estão inseridas comunidades que têm como característica os elevados índices de violência.

Os participantes compreenderam quinze crianças, cursando da 3ª a 5ª série do Ensino Fundamental e os respectivos responsáveis. Foram selecionadas as que apresentavam faixa etária de 06 a 12 anos, visto que de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, é criança a pessoa até doze anos de idade incompletos (BRASIL, 1996). Foram incluídos os sujeitos expostos às diversas situações de risco, sendo excluídos da pesquisa os portadores de necessidades especiais.

A apresentação do projeto aos gestores e professores da escola foi realizada, visando à sensibilização frente ao problema da violência infantil. Posteriormente, ocorreu a observação participante em sala de aula, na qual foram utilizados para registro de dados um diário de campo. Foram desenvolvidas estratégias lúdicas, por meio de oficinas realizadas semanalmente, com ênfase na promoção da saúde da criança, mediante atividades como: brincadeiras, jogos, gincanas, desenho, teatro de fantoches, peça teatral e danças. Utilizou-se uma linguagem de fácil entendimento para a faixa etária e as atividades registradas por fotografias. As temáticas desenvolvidas foram: Alimentação saudável; Higiene pessoal; Paz, violência, família e por último: Doenças da infância.

Na última fase da coleta realizou-se as entrevistas semi-estruturadas com os responsáveis das crianças, com as questões norteadoras: O que você achou da participação do seu fi-

lho (a) nas oficinas educativas? Como você tem percebido seu filho (a) após a participação nas oficinas educativas? Nesta fase, participaram onze mães e dois pais das referidas crianças, fato este que se deu em função da saturação dos dados.

Os depoimentos foram gravados e transcritos na íntegra. Os dados foram analisados com base na análise de conteúdo segundo Bardin (2008), cujo método aborda a existência de três etapas distintas, inicialmente foi realizada a pré-análise ou organização do material; exploração desse material mediante a classificação e codificação ou categorização e a interpretação dos resultados, de modo a desencadear reflexões a propósito dos objetivos previstos.

O estudo foi aprovado sob Parecer Nº 162/2006 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, dentro das orientações éticas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que delimita os aspectos bioéticos da pesquisa, seja como indivíduo ou coletividade (BRASIL, 2013). Ressalta-se que os informantes foram denominados por cognomes, M1, M2, P3,..., P12, M13, como forma de garantir o anonimato.

## **Resultados**

### *Caracterização dos participantes*

Participaram deste estudo onze mães e dois pais de crianças que estavam cursando da 3ª a 5ª série do Ensino Fundamental, cuja idade variou entre 23 e 62 anos. Do total de 13 entrevistados havia sete solteiros, três casados, dois mantinham relação estável e uma viúva. Quanto à escolaridade três não concluíram o Ensino Fundamental e uma era analfabeta. Com relação à ocupação: seis do lar, um porteiro, duas vendedoras,

uma panfletista, um zelador, uma secretária doméstica e uma costureira. A renda familiar variou entre meio e três salários mínimos.

Após a codificação dos dados, e mediante a análise do *corpus*, os resultados foram expressos nas categorias temáticas: Percepção dos informantes acerca das oficinas educativas; Alterações no comportamento da criança em situação de risco; e Contribuição das estratégias educativas na promoção da saúde.

### *Percepção dos informantes acerca das oficinas educativas*

Crianças expostas à violência e à um conjunto de experiências relacionadas às privações de ordem afetiva e socioeconômica, em decorrência de suas circunstâncias de vida, são consideradas em situação de risco, o que pode influenciar diretamente o desenvolvimento biopsicossocial desses indivíduos (LESCHER, 2004). Einsenstein e Souza (1993) corroboram ao afirmar que risco pode ser considerado a probabilidade de ocorrer qualquer evento indesejável, podendo estar relacionado a um emaranhado de situações e fatores culturais, políticos, históricos e ambientais.

Por vezes, embora a criança esteja inserida em um contexto de risco, a promoção da relação entre pais e filhos de forma interativa e positiva favorece o desenvolvimento infantil, dessa forma a comunicação fluente e efetiva entre o binômio mãe-filho torna possível a aproximação entre a família e a escola. De acordo com Paiva et al. (2010), o relacionamento mãe e filho ocorre sob as bases da comunicação, sobretudo da não-verbal. O diálogo é fundamental para a relação entre mãe e filho e deve ser foco de peculiar atenção para o enfermeiro que cuida do binômio.

A satisfação dos informantes e dos filhos acerca das oficinas e a relevância de realizar atividades lúdicas com as crianças foram enfatizadas. Os infantes atuam como agentes multiplicadores dos assuntos abordados, desta forma incluindo a família no processo educativo.

*“[...] Minha filha fica bastante contente, chega falando sobre tudo, ah mamãe, hoje foi isso... foi a primeira coisa que ela falou. Eu acho bom porque aprende, mais tarde pode servir pra ensinar para outras pessoas! Acho importante não só pra ela, mas pra todas as crianças que participam [...]”. M5*  
*“[...] Eu acho muito bom, é muito importante, às vezes não só para eles, até pra gente também [...]”. M7*

A relevância do desenvolvimento de novas estratégias modifica a dinâmica do ensino, o comprometimento e o interesse dos infantes. Com a utilização de metodologias criativas pode-se estimular uma aprendizagem significativa de forma dinâmica, motivadora e prazerosa. O sentimento de preocupação dos pais em afastar os filhos do contexto social em que vivem é refletido nos discursos, desta forma vislumbram o projeto como uma atividade, reduzindo à exposição de situações de risco.

A percepção do risco social perpassa por mudanças, visto que foi consolidada com foco na questão social ou em um problema de disfunção familiar que passou a ser interpretada como uma questão de relacionamento. Dessa forma, quando uma situação de risco é percebida, esta passa a ser interpretada a partir da interação social nesse contexto está inserida a atividade lúdica como facilitadora da construção e desconstrução de significados para as crianças de acordo com suas realidades (SIERRA; MESQUITA, 2006; ABRAMOVAY, 2002).

A criança, através da ludoterapia, encontra uma forma de inserir-se na realidade e demonstrá-la, assim deixa de ser espectador e passa a expressar a visão reflexiva do seu mundo, construindo e demonstrando o que é significativo para elas de acordo com suas necessidades. A brincadeira pode ser vista como uma válvula de escape de suas emoções, visto que através dela as crianças exteriorizam seus medos e angústias.

Convém destacar a necessidade de iniciativas, cujas ações prioritárias visem à melhoria da qualidade de vida de crianças que vivem em comunidades carentes oferecendo formação intelectual, emocional, religioso, moral e cívico.

*“[...] A iniciativa foi muito boa, porque tira as crianças da ociosidade principalmente numa comunidade carente igual a nossa. Então é de grande importância esse trabalho com a comunidade. [...]”. P 3*

*“[...] Eu achei bom, né, que pelo menos ele tem em que se ocupar, tudo que ele fizer de “benfeitoria” tá bom [...]”. M9*

*“[...] Tudo que é pra o bem dela eu gosto, eu quero é que ela aprenda alguma coisa, se interesse pela alguma coisa. Era bom que fosse em tempo integral pra ela num ficar no meio da rua [...]”. M11*

Projetos sociais devem ser elaborados visando afastar crianças e adolescentes de situações de risco. Embora o foco destes projetos centrado no indivíduo, a realização deste está atrelada a diversos fatores que podem influenciar as escolhas e compor o destino social.

### *Alterações no comportamento da criança em situação de risco*

O termo vulnerabilidade pode ser definido como exposição a riscos e baixa capacidade para enfrentar os desafios, enquanto que os riscos, por sua vez, estão associados às situações próprias do ciclo de vida das pessoas e às condições familiares, comunitárias e ambientais nas quais as pessoas se desenvolvem (CARNEIRO; VEIGA, 2004). Assim, segundo Yunes e Szymanski (2001), sem a presença de uma situação de risco, a vulnerabilidade não tem efeito.

A vulnerabilidade das crianças se inicia a partir do ponto que elas, para crescerem e se desenvolverem, carecem de um relacionamento com os adultos. Assim, sob este ponto de vista, a tendência é ter as crianças sempre como vítimas, visto que anteriormente eram tidas como produto do meio. Porém Sierra e Mesquita (2006) ressaltam que deve ser considerada a influência dos diversos ambientes sociais aos quais as crianças têm acesso, assim, a família, a sociedade e o Estado são diretamente responsáveis por suas formações. Nesse contexto observa-se a necessidade de investimentos em estratégias que possam ser empregadas visando alcançar o bem-estar das crianças e adolescentes.

Aborda-se a contribuição das oficinas educativas de caráter lúdico na transformação do comportamento da criança no âmbito escolar e familiar. Diante das situações de risco à qual a criança encontra-se exposta, a utilização de estratégias minimiza sentimentos e atitudes negativas, potencializando ganhos relacionados à aprendizagem e ações comportamentais.

*“[...] senti melhora na educação, no comportamento, não ser desobediente, ficar mais comportada na sala de aula, como em casa [...]”.* M1

*“[...] ele mudou muito, graças a Deus, depois das oficinas, ele acordava cedo pra vim. O comportamento dele melhorou [...]”. M2*  
*“[...] porque a criança acalma, aprende, eu acho bom pra ver se ela deixa de responder, parar de ficar no meio da rua [...]” M4*

Segundo Rizzini, Barker e Cassaniga (2000) os recursos familiares e comunitários, as bases de apoio formais e informais são elementos de fundamental importância para o desenvolvimento saudável da criança. Dentre as bases de apoio formais, ressaltam-se as escolas, clubes, creches; dentre as informais estão as redes de amizade e relações afetivas significativas na vida das crianças. Dessa forma, por meio das oficinas as crianças podem desenvolver vínculos afetivos e sociais positivos para, assim, conviverem melhor com o grupo social e com a sociedade como todo.

Para Cavalcante et al (2011), a utilização por meio do lúdico permite criar um ambiente atraente que vai de encontro das expectativas do infante, com intuito de promover melhoras no enfrentamento, além de servirem para o desenvolvimento afetivo-emocional da criança através do estímulo da interação.

*“[...] Ele gostou das atividades, quando ele participou, ficou bem melhor, trabalhou mais, gastou mais energia, fica mais calmo, mais doce, a gente abraça, beija e ele corresponde, fica mais calmo, aceita mais os limites [...]”. M8*

*“[...] Achei melhor pra ele ser mais comunicativo, porque ele é muito calado, pensativo. Assim, ele pode conversar mais com os colegas, ser mais comunicativo, falar mais, participar mais das coisas, [...]”. M10*

A vulnerabilidade das crianças, pela situação social e por conflitos provenientes do convívio social, ameaça desde o seu bem-estar até o seu destino, pelo problema da exclusão social. Sierra e Mesquita (2006) ressaltam que as crianças não podem ser responsabilizadas por estar em situação de risco social.

Durante a infância as crianças tendem a absorver intensamente os estímulos que recebem, ou seja, elas absorvem, processam e agem com os outros do mesmo modo como as pessoas agem com elas, podendo reproduzir a violência ou o afeto que recebem e percebem (BRASIL, 2010). A relação entre os infantes e suas famílias está atrelada a qualidade da infância, dessa forma, a promoção de condições adequadas a estes deve fundamentar-se no conceito de vulnerabilidade levando em consideração as formas de relacionamento fragilizadas na família.

A forma da qual o lúdico trabalha com a agressividade possibilita o sujeito expressar de maneira simbólica o que foi reprimido, expandindo dessa forma sentimentos acumulados de insegurança, frustração e agressividade, facilitando o processo natural de conscientização (CAVALCANTE et al, 2011). Assim, por meio do brincar a criança consegue interagir com o mundo e fatores significativos para a aprendizagem, como a iniciativa, autonomia e a autoconfiança são favorecidos, a interação social com outros infantes da família e amigos é proporcionada, além da aquisição de outras habilidades (SILVA; CABRAL; CHRISTOFFEL, 2008).

*“[...] Ela melhorou o comportamento, com certeza, porque ela era muito agitada, muito “peralta” na escola, com a professora [...]”. M5*  
*“[...] Ele tá mais calmo, ele era muito agitado, é totalmente diferente dos outros projetos [...]”. M7*

*“[...] ajuda mais a mudar assim a criança, ele é uma criança difícil, às vezes ele é grosseiro, ele melhorou muito, porque é uma ocupação para a criança. As oficinas educativas ajudaram muito é tipo como se fosse uma terapia ocupacional, melhorou muito ele [...]”. M8*

Haja vista o contexto no qual a criança em situação de risco encontra-se inserida e os possíveis impactos dos estressores na vida desta criança torna-se possível compreender diversas consequências, como as dificuldades de aprendizagem e de concentração, o isolamento e a agressividade. Visando a transformação desta realidade, estratégias de intervenção no ambiente escolar são empregadas visando auxiliar o profissional a minimizar estas consequências no desenvolvimento físico, mental e social destas crianças.

As atividades lúdicas aliviam sentimentos de agitação, raiva, frustração, grosseria, tristeza ao serem canalizados, tornando-se elementos que impulsionam o aprendizado. Neste sentido, proporciona a construção de uma realidade própria e singular, além de expressar sua criatividade e emoção (CAVALCANTE et al., 2011).

*“[...] Ela tá melhor, ela estava mais agressiva, ela num queria parar em casa, tá mais calma. Ela tava me respondendo, agora ela vai para o meio da rua e volta logo [...]”. M4*  
*“[...] Ele fica menos agressivo, trabalha a ociosidade, eles melhoram, é como dizem cabeça ocupada é muito melhor do que cabeça desocupada, cabeça desocupada é uma oficina vazia [...]”. M8*

Ações de promoção da saúde têm demonstrado resultados positivos na prevenção de comportamentos de risco independente da faixa etária. Assim, a possibilidade de mudança de comportamentos de crianças, muitas delas violentas, a partir da oferta de atividades lúdicas pode representar um aliado e uma estratégia positiva, no sentido de canalizar as energias negativas e favorecer sentimentos positivos. Porém, ressalva-se que as mudanças de comportamento não são garantidas a partir da aplicação de uma intervenção educativa, haja vista toda a carga sociocultural envolvida (GAZZINELLI et al., 2005).

### *Contribuição das estratégias educativas na promoção da saúde*

No contexto da atividade lúdica, a criança ou o aprendiz é agente passivo da aprendizagem, embora o ensinar e o transmitir se confundam. O lúdico, a partir do momento que desperta o interesse do aprendiz, se torna ferramenta fundamental de aprendizagem, visto que o aprendiz é estimulado, e assim seu propósito se funde ao conceito da educação em saúde que é bem mais amplo do que a simples transmissão de informações (COSCRATO; PINA; MELLO, 2010; ANTUNES, 1999).

A educação em saúde garante o acesso às informações necessárias para a valorização e incorporação de hábitos saudáveis, valoriza não só o indivíduo e as habilidades, mas a coletividade, capacitando-os a resolverem problemas pessoais e da comunidade. Nesta estratégia, as informações podem ser transmitidas de forma lúdica, por meio de música, vídeos, jogos, atividades culturais e serviços de saúde (MACIEL et al, 2010).

A contribuição das oficinas educativas na promoção da saúde das crianças é destaque de modo que a influência das atividades nas ações cotidianas dos infantes, no que diz respeito à escovação dos dentes, introdução de frutas na alimentação, lavagem das mãos e banho.

*“[...] Eu não preciso nem mandar mais, quando ela se acorda vai logo tomando o banho, quando chega a hora da refeição vai lavar as mãos quando termina lava as mãos de novo e quando sai do banheiro [...]” M1*  
*“[...] ele teve muito aproveitamento, nas frutas, na escovação dos dentes, num ta 100% ainda não, mas ta chegando lá [...]” M2*

A educação em saúde deve basear-se na proposta de educação problematizadora de Freire (2011), na qual o educando e o educador aprendem juntos por meio da construção do conhecimento mútuo, com a finalidade de transformar a realidade com ação política e prática da liberdade. A problematização deve ocorrer através do diálogo reflexivo, visando aprofundar níveis de consciência e formas de ação.

As ações de promoção da saúde têm como objetivo promover o empoderamento da clientela. O indivíduo se torna responsável por promover a própria saúde, participando desta forma no processo saúde-doença. Para Coscrato, Pina e Mello (2010) a educação em saúde alcança a definição ampla de configurar combinações de experiências de aprendizagem que apontem a facilitação de ações conducentes à saúde, que vão além da simples transmissão de informações. Tais combinações envolvem fatores diversos, como a troca de experiências de vida, aspectos comportamentais e medidas interativas.

*“[...] Como eu te falei da escovação dos dentes, ele só queria escovar de noite e de manhã, agora não, depois do almoço ele já escova. Agora se eu deixar a pasta ele quer escovar toda hora, olha ele fazendo isso o irmão dele de 02 anos está vendo e está fazendo do mesmo jeito, já comprei a escova dele [...]”. M2*

Frota (2007) contribui ao relatar que a educação em saúde tem sido uma estratégia na qual predomina como saber dominante a responsabilização das pessoas pela diminuição dos agravos. Na assistência à saúde da criança, há estreita relação entre a Educação em Saúde e a Promoção da Saúde, visto que além de tratar e/ou prevenir doenças, destinam-se a promover o crescimento e desenvolvimento infantil, numa perspectiva de qualidade de vida.

A experiência de aprendizado da criança em situação de risco atingiu o ambiente familiar por meio do incentivo das práticas de higiene bucal. Desta forma evidencia-se a participação desta no processo saúde-doença e atuação como ator social nas práticas de saúde. As ações de promoção da saúde devem ser praticadas por meio de estratégias que envolvam a coletividade em geral e a família, esta última como responsável pela criança e como detentora de um saber que não poderá ser excluído, mas aperfeiçoado e/ou adaptado ao saber científico dos profissionais (QUEIROZ; JORGE, 2006).

Os hábitos saudáveis devem ser ensinados em idade precoce, haja vista este ser o momento em que a criança está em fase de formação de identidade, passando pelo processo de educação formal. Dentre eles o estímulo à alimentação saudável deve acontecer desde os primeiros anos de vida, visto que não constitui tarefa fácil a conscientização acerca de práticas alimentares saudáveis é um processo complexo e gradativo. Ao oferecer os alimentos, deve-se explicar os benefícios e os prejuízos causados a saúde pela dieta irregular.

*“[...] Achei que melhorou, ajudou demais, pra escovar os dentes ele tem cuidado [...]”. M9*  
*“[...] um incentivo pra criança, principalmente nesse negócio da higienização, porque eles têm muita preguiça de escovar os dentes [...]”. M7*

*“[...] o C10 tem problema para se alimentar. Hoje ele acordou, eu não tive nenhum atrito com ele, ele pegou a frutinha e fez a vitamina [...]”*. M8

*“[...] Ela ficou mais encantada com alimentação [...]”* M5

Informação, orientação e educação alimentar constituem métodos que carecem o desenvolvimento nas residências, escolas, trabalho e comunidade, através de instruções sobre dieta saudável, benefícios no desenvolvimento físico e psíquico, no aprendizado, na capacidade de trabalho e no aumento das defesas contra doenças (OLIVEIRA, 2007). Ressalta-se a importância destas orientações estarem atreladas ao contexto do público alvo, através de uma adaptação da teoria com a prática vivenciada por cada um, possibilitando a construção de um novo conhecimento.

Os informantes desvendam a contribuição das atividades realizadas nos hábitos de higiene pessoal das crianças, de maneira a reafirmar que mesmo ante a dificuldade de alterar os hábitos, a conscientização e empoderamento podem ocasionar subsídios no campo educacional e na promoção da saúde.

## **Considerações finais**

A realização das atividades lúdicas em saúde repercute de forma positiva no cotidiano da criança, contribuindo para a promoção da saúde e o desenvolvimento psicomotor e afetivo emocional dessas. Destaca-se sobretudo, as mudanças no comportamento agressivo, quando abordado assuntos relacionados à saúde utilizando o humor, revelando diferença no aprendizado da criança, deixando-a descontraída, levando a participação ativa da experiência, com relatos de dúvidas acerca do assunto.

É imprescindível à implementação de novas propostas educativas visando a inserção de atividades lúdicas, como estratégias expressivas no sentido de reduzir a agressividade e tornar o ambiente escolar agradável e motivador para os alunos, uma vez que a educação extrapola os muros escolares, especialmente quando há experiências significativas.

Portanto, desenvolver estratégias lúdicas em práticas educativas com a criança susceptível à violência representa um diferencial relevante, sobretudo um elemento integrador às estratégias de educação em saúde e na prevenção de comportamentos violentos no âmbito escolar e familiar.

## Referências

ABRAMOVAY, M. et al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina**. Brasília: Unesco, BID, 2002.

ABREU, S.R. Crianças e adolescentes em situações de risco no Brasil. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 24, n. 1, p.5-6, 2002.

ANTUNES, C. **Jogos para a estimulação das múltiplas inteligências**. 2a ed. Petrópolis: Vozes; 1999.

ARENDT, H. **A condição humana**. 11º Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. 407p. Tradução de: Roberto Raposo. Revisão técnica: Adriano Correia.

AVANCI, J.Q.; PESCE, R.P.; FERREIRA, A.L. Reflexões sobre promoção da saúde e prevenção da violência na escola. In: ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P.; AVANCI, J.Q. **Impactos da violência na escola: um diálogo com professores**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p.177-201.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 4.ed. Brasília: Senado Federal – Subsecretaria de edições técnicas, 1996.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência**. Orientações para gestores e profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de Dez/2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasília; 2013(b).

CARNEIRO, C. B. L.; VEIGA, L. **O conceito de inclusão, dimensões e indicadores**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Coordenação da Política Social, 2004.

CAVALCANTE, F.A. et al. O uso do lúdico em hemodiálise: buscando novas perspectivas na qualidade de atendimento ao paciente no centro de diálise. **Rev Elet Facimed**, Cacoal, v. 3, n. 3, p.371-384, 2011.

COSCRATO, G.; PINA, J.C.; MELLO, D.F. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 2, p.257-263, 2010.

EINSENSTEIN, E.; SOUZA, R.P. **Situações de Risco à Saúde de Crianças e Adolescentes**. Petrópolis: Cenesp, 1993.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 1.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011. 192p.

FRANZIN, L. C. S.; FRANZIN, F. M.; MOYSÉS, S. T. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: prevalência em cidade do sul do Brasil. **Colloquium Vitae**, Curitiba, v. 4, n. 2, p.79-84, 2012.

FROTA, M. A; ALBUQUERQUE, C. M; LINARD, A.G. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. **Texto Contexto-Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 246-253, 2007.

FROTA, M.A. *et al.* Violência no âmbito familiar. **Retep- Rev. Tend. de Enferm. Profis.**, Fortaleza, v. 3, n. 4, p. 576- 580, 2011.

GAZZINELLI, M. F. *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

HILLESHEIM, B; CRUZ, L.R. Risco, vulnerabilidade e infância: algumas aproximações. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.192-199, 2008.

KAEFER, C. O.; TRAESEL, E. S.; FERREIRA, C. L. A comunidade escolar como protagonista na prevenção da violência contra a criança e o adolescente. **Vidya**, Santa Maria, v. 30, n. 2, p.21-31, 2010.

LESCHER, A. D. **Crianças em situação de risco social**: limites e necessidades da atuação do profissional de saúde. São Paulo: PMSP, 2004.

MACIEL, E.L.N. et al. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.389-396, 2010.

MARCHEZAN, S. *et al.* A Enfermagem e a Criança Vítima de Violência sob o olhar de Paterson & Zderad. **Cogitare Enferm**, Santa Maria, v. 14, n. 1, p.44-51, 2009.

MELO, L. L.; VALLE, E. R. M. O brinquedo e o brincar no desenvolvimento infantil. **Psicol. Argum**, Curitiba, v. 23, n. 40, p. 43-48. 2005.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **A pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, B. R. G. *et al.* A violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente: o que nos mostra a literatura nacional. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p.547-556, 2008.

OLIVEIRA, W. F. Violência e Saúde Coletiva: contribuições teóricas das ciências sociais à discussão sobre o desvio. **Saude Soc**, São Paulo, v. 17, n. 3, 2008.

OLIVEIRA, J.E.D. Alimentação e educação II. **Estud Av**, São Paulo, v. 21 n. 60, p. 127-134, 2007.

PAIVA, S.S. *et al.* Comunicação não-verbal mãe/filho na vigência do HIV materno em ambiente experimental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, 2010.

QUEIROZ, M.V.; JORGE, M.S. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 19, p.117-130, 2006.

RIZZINI, I.; BARKER, G.; CASSANIGA, N. **Criança não é risco, é oportunidade**: fortalecendo as bases de apoio familiares e comunitárias para crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: EDUSU, 2000.

SIERRA, V. M.; MESQUITA, W. A. Vulnerabilidades e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.20, n.1, p.148-155, 2006.

SILVA, L. F.; CABRAL, I. E.; CHRISTOFFEL, M. M. O brincar na vida do escolar com câncer em tratamento ambulatorial: possibilidades para o desenvolvimento. **Rev Bras Cresc Desenv Hum**, São Paulo, v.18, n.3, p. 275-287, 2008.

SILVA, P. A. *et al.* A Notificação da Violência Intrafamiliar Contra Crianças e Adolescentes na Percepção dos Profissionais de Saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 56-62, 2009.

SOUZA, L.P.S. *et al.* O Brinquedo Terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. **J Health Sci Inst**, Montes Claros, v. 30, n. 4, p. 354-358, 2012.

YUNES, M.A.M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

# **Análise das reportagens veiculadas na mídia sobre violência contra a mulher**

Rafaella Oliveira de Sales  
Gracyelle Alves Remigio Moreira  
Layna Tayaná da Silva Pontes  
Alina Albuquerque Luna  
Maria Alix Leite Araújo  
Raimunda Magalhães da Silva

## **Introdução**

A violência contra a mulher constitui-se em uma questão de saúde pública e uma violação dos direitos humanos. Esse problema causa mais morte entre as mulheres na faixa etária de 15 a 44 anos, do que enfermidades e agravos como câncer, malária, acidentes de trânsito e guerras (SCHRAIBER *et al.*, 2010).

No cenário brasileiro, no período de 2001 a 2011, estima-se que ocorreram mais de 50 mil feminicídios, o que equivale a aproximadamente, 5.000 mortes por ano. Acredita-se que grande parte destes óbitos foram decorrentes de violência doméstica e familiar, uma vez que aproximadamente um terço deles tiveram o domicílio como local de ocorrência (IPEA, 2013).

A Convenção de Belém do Pará (1996) conceitua violência contra a mulher como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 1996). Esta definição aponta para a complexidade e amplitude do problema contra a dignidade

humana e a manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres. As expressões de violência contra a mulher ocorrem nos espaços sociais e relacionas, tais como na família, no domicílio, na comunidade ou em qualquer relação interpessoal (BRASIL, 1996).

Neste sentido, Silva (2010) afirma que a violência que a mulher sofre está no seu cotidiano, incorporada e enraizada no imaginário social coletivo da sociedade, que legitimam a subordinação do sujeito feminino ao domínio do poder masculino. Essa violência se evidencia desde expressões verbais preconceituosas até as formas mais graves de agressão.

A violência contra a mulher está entre os temas que atraem a opinião pública, sendo alvo frequente de reportagens veiculadas nos meios de comunicação. A mídia, entidade de comunicação social, apresenta função relevante na sociedade, pois se constitui como um veículo de divulgação de acontecimentos, proporcionando visibilidade aos fatos de diferentes realidades.

Nos meios de comunicação é frequente a divulgação de notícias que reportam casos de violência. Essas reportagens costumam chamar a atenção dos leitores pelo impacto que provocam e pelo caráter informativo que revela o grau de ameaça que a comunidade estaria exposta e as condições de segurança pública (RAMOS; PAIVA, 2007).

Ao se tratar de violência contra a mulher, a mídia exerce importante papel de divulgação e de reflexão sobre a questão, visto que o problema ocorre, muitas vezes, em ambientes privados sem o conhecimento do público, o que somente pode ser proporcionado pela veiculação através da mídia (jornal, revista, televisão, rádio, internet, entre outros), que possibilitam atingir simultaneamente uma vasta audiência, em um breve período de tempo (LANDINI, 2003).

Baseado no princípio que os meios de comunicação em massa possibilitam uma compreensão sobre diversos assuntos, o estudo da violência contra a mulher a partir da análise de reportagens veiculadas na mídia justifica-se na medida em que proporciona uma representação social sobre esse tipo de violência, suas manifestações e consequências, além de possibilitar uma reflexão sobre como os jornais interpretam e expõem os casos.

Com base no exposto, levantaram-se as seguintes questões: quais são as principais características dos casos de violência contra a mulher divulgados na mídia? Como se configuram os agressores? Como a mídia aborda essas situações? Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar as reportagens sobre violência contra a mulher divulgadas em um importante meio de comunicação em Fortaleza, Ceará.

## **Método**

Trata-se de um estudo descritivo de caráter documental. A característica da pesquisa documental é a fonte da coleta de dados que está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois (MARCONI; LAKATOS, 2006).

As matérias jornalísticas foram coletadas no jornal de grande circulação do município de Fortaleza, no ano de 2012. Este jornal exerce um papel fundamental na história do Ceará. Através de suas publicações periódicas, este veículo de comunicação narra fatos marcantes da atividade da população, analisando as condições no contexto social e sua repercussão no processo cultural, podendo influenciar na formação da opinião do povo cearense.

Foram incluídas as reportagens que abordaram o tema violência contra a mulher, no seu conteúdo, ou que tinham este assunto explícito em manchete. Foram excluídas propagandas, campanhas e artigos de opinião. A coleta de dados aconteceu durante os meses de junho e julho de 2013, por meio de pesquisa ao acervo eletrônico deste veículo de comunicação, e incluiu as seguintes fases: seleção, arquivamento e fichamento de notícias contendo casos de violência contra a mulher; e preenchimento de um instrumento de caracterização das reportagens para cada notícia selecionada. Este instrumento abordava os seguintes aspectos: mês de publicação; caráter da reportagem; forma da violência; características do agressor; e forma de divulgação dos casos pelo jornal.

Os dados referentes à caracterização das reportagens foram organizados e analisados de forma descritiva utilizando o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 16.0. Em seguida, o conteúdo inerente às reportagens foi organizado individualmente e realizou-se uma leitura ampla e repetida das notícias. Posteriormente, o material foi ordenado, agrupado e analisado.

Utilizou-se a análise temática (MINAYO, 2013) como técnica de análise dos dados, havendo a construção das categorias temáticas: violência contra a mulher no contexto intrafamiliar; espaço urbano como cenário da violência contra a mulher; o tráfico de drogas como motivador da violência contra a mulher; tráfico de mulheres; e negligência como forma de violência institucional contra a mulher. Estas categorias serviram de material para reflexão do contexto da violência contra a mulher e das questões de gênero culturalmente construídas na sociedade. Os achados foram discutidos com base nos documentos oficiais, políticas públicas e na literatura sobre o tema.

O estudo foi empreendido exclusivamente com dados de acesso público, de forma que não se tornou necessário a apreciação por comitê de ética. Apesar disso, os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados, sendo preservado o anonimato das pessoas citadas pelas reportagens do jornal.

## **Resultados e Discussão**

### *Caracterização das reportagens de violência contra a mulher*

O processo de coleta de dados resultou em 197 reportagens que abordaram a questão da violência contra a mulher no ano de 2012. A idade das vítimas variou entre 19 e 90 anos, com média de idade de 36,4 anos (DP=15,6). Constatou-se um maior número de matérias no mês de julho (33/16,8%), prevalecendo às reportagens de relato de violência (87/44,2%), destacando-se o homicídio (97/49,2%) como o tipo de violência mais divulgado.

Na maioria das notícias veiculadas no jornal, a vítima não tinha proximidade com o perpetrador (137/69,5%), o agressor era desconhecido (94/47,7%), a vítima apresentou sequela do ato (164/83,2%), o agressor não foi punido (120/60,9%) e a vítima foi exposta na reportagem (127/64,5%). Na maior parte das reportagens, não houve a divulgação dos meios de denúncia da violência contra a mulher (157/79,7%) e não foi descrito as formas de prevenção do problema (188/95,4%).

### *Violência contra a mulher no contexto intrafamiliar*

Nas notícias, evidencia-se o perfil de mulheres jovens, que tem uma religião, possuem filhos, moram ou moravam junto com o agressor, apresentam baixa escolaridade e pertencem

à baixa classe social. Porém, deve-se salientar que a violência contra a mulher, também acontece nas classes mais abastadas.

A partir da análise do material coletado percebeu-se grande número de casos de violência contra a mulher tendo como agressor uma pessoa do convívio familiar. Neste contexto, o parceiro ou ex-parceiro íntimo da mulher recebe destaque como o principal agressor. Nas reportagens observamos que o principal motivo da violência foi o ciúme e o fato do companheiro não aceitar o término da relação:

*Mulher de 45 anos atingida com vários golpes de faca [...] O acusado crime é ex-companheiro da vítima [...] Após desferir os golpes, ele deixou a faca cravada abaixo da axila direita e fugiu de bicicleta [...] Ele jamais aceitou o fim do relacionamento e passou a fazer ameaças à ex-companheira, que foi à Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) e registrou um Boletim de Ocorrência (BO) [...]. Meio de comunicação impresso, 27/01/2012.*

A reportagem mostra o descontentamento do homem por não aceitar o fim do relacionamento e passa fazer ameaças à ex-companheira. Esse descontentamento está relacionado com as relações de poder, que vem se perpetuando ao longo dos tempos, gerando um comportamento machista, patriarcal opressor e dominante.

A violência contra a mulher, vista a partir das relações de gênero, diz respeito a um tipo de dominação, de opressão e de crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construído, reproduzido no cotidiano e subjetivamente assumido pelas mulheres, atravessando classes sociais, raças, et-

nias e faixas etárias (MINAYO, 1994). Ou seja, a violência de gênero é aquela exercida pelos homens contra as mulheres, em que o gênero do agressor e o da vítima estão intimamente unidos à explicação desta violência. O que implica em uma violência perpetrada por homens, mantendo o controle e o domínio sobre as mulheres (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

Entende-se por dominação masculina uma expressão de opressão contra a mulher pelo homem, resultando na anulação da autonomia da mulher, concebida tanto como ‘vítima’ quanto ‘cúmplice’ dessa dominação. Essa corrente entende ainda que a dominação masculina é uma ideologia reproduzida, tanto por homens quanto por mulheres, que transforma diferenças em desigualdades hierarquizadas (IZUMINO; SANTOS, 2005).

Os conflitos são tidos como resultantes das desigualdades de valor e poder nessas relações. Essas situações não são estruturais de um indivíduo ou de uma dinâmica familiar, mas dependentes de aspectos processuais de como as relações são construídas e da cultura vigente (SCHRAIBER *et al.*, 2010), como evidenciado na reportagem:

*Um dos bilhetes encontrados na casa onde morreram a vítima de 39 anos, e o filho de 5 anos dizia que uma possível traição da mulher acabaria em tragédia [...] Os bilhetes foram escritos pelo marido da vítima, apontado como principal suspeito dos assassinatos [...] Uma das mensagens afirmava que o suspeito sentiu “ódio” ao descobrir que a mulher “inventava uma viagem a trabalho para se encontrar com o amante em Brasília” [...] O homem se atirou de uma ponte na BR-290 na noite de quarta-feira, mas foi resgatado e hospitalizado [...] Meio de comunicação impresso 28/07/2012.*

Segundo a reportagem, o homem matou a mulher e o filho, ao descobrir uma possível traição da esposa. O acusado demonstra todo o seu descontentamento diante a situação por meio de bilhetes e posteriormente cometeu o crime. O relato transmite o sentimento que o acusado não admite a suposta traição da mulher, tendo uma relação de amor e ódio e a necessidade de dominação perante a esposa.

Um aspecto da condição histórica do ciúme se expressa nos diversos códigos e prerrogativas sociais que atuam sobre a infidelidade do homem e da mulher de acordo com as desigualdades de gênero inerentes a cada época. Diversos autores (FOUCAULT, 1993; FREYRE, 1996; LÁZARO, 1996; BRANDEN, 1998; YALOM, 2002) observam que em vários períodos da história a infidelidade do homem deveria ser aceita ou ao menos tolerada pela mulher. Ao passo que uma traição feminina podia levar, em alguns contextos, à perseguição, abandono ou até à morte. Com isso, a manifestação de ciúme, sua aceitação social e a própria experiência de ciúmes no interior das relações amorosas entre o homem e a mulher foi, ao longo do tempo, marcada pelas especificidades de cada contorno sociocultural no que diz respeito à fidelidade (BARONCELLI, 2011).

O ambiente familiar destaca-se pela frequente ocorrência de violência contra a mulher nas reportagens. Além do parceiro ou ex-parceiro íntimo, as matérias também mostram que outras pessoas do convívio familiar da mulher como pais, irmãos, primos, cunhados e padrastos se configuram em perpetradores dos crimes:

*Uma mulher foi assassinada, com vários golpes de faca [...] O autor do crime foi o próprio irmão da garota, que acabou sendo preso. Meio de comunicação impresso 08/01/2012.*

A família, desde os tempos mais antigos, corresponde a um grupo social que exerce forte influência sobre a vida das pessoas (BIASOLI-ALVES, 2004). Representa um núcleo de convivência harmoniosa entre pai, mãe e filhos, além de ser um espaço de afeto e proteção (DINIZ; SANTOS; LOPES, 2007). Assim como, a linguagem familiar imprime a sintaxe, a semântica e a pragmática do como se relacionar, interagir e se comportar no seio da cultura (SCHENKER; MINAYO, 2004). Nesse sentido, a família tem função de agregar e ensinar valores para a formação do indivíduo e sua convivência em sociedade.

Em contrapartida, pelo comportamento da sociedade atual, percebe-se a distorção dos vínculos familiares devido à ausência de diálogo, regras e limites, fazendo com que as relações sejam voltadas para o individualismo, configurando-se em conturbadas e com frequentes atos de violência.

### *Espaço urbano como cenário da violência contra a mulher*

No cotidiano da nossa sociedade verificamos que diversas modalidades de violência que acomete às mulheres são praticadas nos espaços urbanos. Esses delitos atingem todas as classes sociais e também se originam delas.

*[...] A estudante de Letras francês de 45 anos após sair de uma lanchonete, teve o seu carro invadido por dois flanelinhas [...] Ela teve de dirigir até uma rua escura [...] “Eles começaram a puxar o meu cabelo, a me bater e me ameaçavam de morte o tempo todo. Eles queriam arrancar a minha roupa para achar dinheiro. Foram 15 minutos tensos, eles me torturaram muito”, relata a mulher. Meio*

de comunicação impresso 25/07/2012.

*Uma estudante universitária foi abordada por bandidos depois que saiu de casa [...] Rendida sob a mira de armas, a garota foi colocada no banco traseiro de seu veículo, e passou a ser coagida pelos criminosos, que exigiam dinheiro. Depois de quase cinco horas sob o domínio dos ladrões, a garota foi deixada, amordaçada e manietada, no porta-malas de seu automóvel, em um matagal [...] Ela conseguiu sair do porta-malas [...] Caminhou pelo matagal até chegar à avenida, quando foi localizada por uma patrulha do Ronda do Quarteirão [...].* Meio de comunicação impresso 19/09/2012.

Desde as últimas décadas do século passado, a violência urbana ganhou amplo espaço no debate público, que procura formas de enfrentamento e prevenção de ocorrências cujas consequências não fazem distinção de classe social (ROSA *et al.*, 2012). Nesse contexto, a mulher pode ser considerada alvo dos criminosos devido sua vulnerabilidade e fragilidade. Por exemplo, subtende-se que uma mulher não irá reagir ao assalto ou travar luta corporal com assaltante(s).

A violência sexual também é evidenciada nos espaços urbanos. Geralmente, o ato é cometido por estranhos por meio do uso da força física ou por grave ameaça, quase sempre, com a utilização de alguma arma:

*Segundo o relato da vítima do estupro, o acusado invadiu sua casa por volta de uma hora da madrugada de ontem depois de destelhar o banheiro. Após a invasão, ele arrastou a vítima para o matagal com uma faca no pescoço*

*da vítima, obrigou-lhe a tirar a roupa, praticando, então, a violência sexual. Meio de comunicação impresso 10/01/2012.*

A violência sexual é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como, todo ato sexual ou tentativa para obter ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção (OMS, 2002). As mulheres vítimas de violência sexual tendem a silenciar sobre o assunto, seja por medo de represália ou por sentimentos de vergonha, de humilhação e culpa, perante a sociedade que ainda culpa a mulher pela violência sofrida (CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006).

De acordo com Vargas (2008), a violência sexual que acontece nos espaços urbanos acomete, com mais frequência, mulheres jovens e de meia-idade, no trajeto entre trabalho/escola e sua residência. Geralmente, as mulheres encontram-se sozinhas, à noite, em local ermo ou de pouco movimento quando são abordadas. Nesta situação, o agressor, na maioria das vezes, é desconhecido, jovem e age utilizando algum tipo de arma.

A violência sexual pode acarretar diversos problemas de saúde para a mulher, tanto a médio quanto em longo prazo. Devido à gravidade do problema no que tange à violação dos direitos humanos e ao impacto físico, psíquico e social, a violência sexual foi reconhecida como um problema de saúde pública em nível global (OMS, 2002).

### *O tráfico de drogas como motivador da violência contra a mulher*

Dentre as reportagens analisadas, foi notada uma maior visibilidade perante a mídia do envolvimento de mulheres com o tráfico de drogas. Seu ingresso, na maioria dos casos, ocorre

quando seu cônjuge, namorado ou filho é morto por traficantes rivais na disputa do ponto de venda de drogas ou quando ele é preso pela polícia e passa o legado para a mulher, que passa a assumir a função de vender as mercadorias e manter a família financeiramente com o lucro das vendas.

A disputa por um ponto de drogas gera conflitos violentos entre os participantes e a população residente da área. Segundo Minayo, Gomes e Silva (2005), parte das mortes e lesões que hoje ocorrem no mundo por essa causa se deve as ações criminosas como tráfico ilegal de armas, de drogas e de outras mercadorias, organizadas internacionalmente e lucrativas, para as quais, os aparatos violentos garantem e agregam valor.

*Três mulheres foram assassinadas em Fortaleza somente na madrugada de ontem. No intervalo de duas horas, as três vítimas foram baleadas [...] O primeiro caso ocorreu por volta de 1 hora, quando uma mulher de 20 anos, conhecida pelo apelido de 'Bruxinha', foi assassinada com, pelo menos, três tiros [...] A Polícia descobriu que a garota era envolvida com tráfico de drogas e outros crimes [...].* Meio de comunicação impresso 10/02/2012.

*Mulher de 39 anos é fuzilada [...] A Perícia Forense comprovou que a vítima recebeu, pelo menos, nove tiros de pistola, sendo sete deles nas costas [...] As suspeitas são de ligação com o tráfico de drogas.* Meio de comunicação impresso 06/10/2012.

As reportagens mostram a morte de mulheres que estavam envolvidas com o tráfico de drogas. Nas concepções de Zaluar (1993) e Steffensmeier e Allan (1996), desde a década

de 1990, a participação feminina em atividades criminosas é tradicionalmente explicada em virtude do relacionamento de mulheres com parceiros envolvidos em atividades ilegais.

As reportagens não deixam claro o motivo da morte da mulher, subtende-se que sua morte foi ocasionada pela disputa do tráfico de drogas na área. O poder do traficante é exercido em todas as instâncias da vida dos sujeitos moradores locais. Ele intervém nas situações de sobrevivência imediata das pessoas (alimentação, medicamentos, transportes de emergência a hospitais), nas relações familiares que envolvam conflitos entre homem e mulheres, pais e filhos e nas relações de vizinhança. Intervém criando empregos, mesmo que no mundo da ilegalidade (BAIERL, 2004).

O comércio de entorpecentes é uma fonte de sobrevivência para muitas mulheres vítimas de um sistema social injusto, pois a dificuldade de inserção no mercado formal de trabalho e a necessidade de sustentarem seus filhos e suas famílias, não lhes deixando outra opção senão a criminalidade. As cenas de violência narradas expressam sentimentos de abandono por parte dos moradores, em especial dos que vivem em favelas. Sentem-se negligenciados e esquecidos pelas políticas públicas, excluídos da vida social e da sociedade de consumo (BAIERL, 2004).

### *Tráfico de mulheres*

O tráfico de pessoas é considerado um fenômeno paradigmático da crescente globalização da exploração sexual da mulher. A Organização das Nações Unidas (ONU) (2009) define tráfico de pessoas como: recrutamento, transporte, transferência, alojamento ou acolhimento de pessoas, recorrendo-se

à ameaça ou ao uso da força ou a outras formas de coação; ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade ou à situação de vulnerabilidade ou à entrega ou aceitação de pagamentos ou benefícios para obter a permissão de uma pessoa que tenha autoridade sobre outra para fins de exploração.

Entende-se que mesmo com o consentimento da pessoa em ser transportada de um local a outro em situação de vulnerabilidade que a faça aceitar qualquer proposta na busca de oportunidades, não significa que a mesma tenha consentido em trabalhar de forma forçada ou em ser explorada, caracterizando o tráfico de mulheres. Este não se limita a apenas exploração sexual, mas abrange outros tipos de explorações nas seguintes modalidades: exercícios de trabalhos desumanos; promessa não concretizada de residência e trabalho regular no exterior; restrição de liberdade; prostituição forçada; e casamento servil (BRASIL, 2011).

O tráfico de pessoas é considerado uma das formas de violência mais cruel contra a mulher estando entre os temas que mais despertam a atenção e, muitas vezes, dividem opiniões nos meios de comunicação:

*A Polícia espanhola desarticulou uma organização criminosa dedicada a exploração de mulheres formada por espanhóis e brasileiros [...] Os agentes descobriram que a organização tinha pessoas no Brasil encarregadas de localizar possíveis vítimas e acompanhá-las até serem colocadas no avião. Após serem escolhidas no Brasil, as mulheres eram levadas para a Espanha, momento em que contraíam uma dívida com a organização de entre 2 mil e 3 mil euros por gastos na viagem. Uma vez na Espanha, as jovens eram exploradas*

*sexualmente em um clube da cidade mediterrânea de Valência e tinham de pagar metade do que ganhavam ao grupo. Meio de comunicação impresso, 01/04/2012.*

O tráfico humano no mundo é uma das atividades ilegais que mais se expandiu, apresentando números alarmantes e elevado número de vítimas (OIT, 2005). No Brasil, o tráfico de seres humanos se encontra como a terceira maior fonte de renda gerada pelo tráfico, perdendo somente para o tráfico de armas e drogas (BRASIL, 2007). No estado do Ceará, o comércio de seres humanos está diretamente ligado a uma série de causas socioeconômicas, discriminação de gênero e turismo sexual, salientando-se a exploração sexual como uma das principais finalidades e considerada porta de entrada para o tráfico de pessoas.

De acordo com os registros do Núcleo de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas do Estado do Ceará (NETP), as denúncias de tráfico de mulheres aumentaram de forma significativa no ano de 2013. Contudo, ainda se verifica um quadro de subnotificação, ou seja, são poucos os casos que chegam ao Estado. As ocorrências, normalmente, não são tipificadas ou são caracterizadas como turismo sexual e até como desaparecimento, o que prejudica a resolução do crime e a visibilidade deste tipo de violência (BRASIL, 2007).

O tráfico de pessoas gera diversas repercussões negativas na vida das mulheres que estão nesta situação, entre elas: danos psicológicos como depressão e tendências suicidas ocasionados por chantagem, intimidação, negligência e confinamento; danos físicos pelo uso forçado de drogas, abortos forçados, prática sexual sem proteção, privação de alimentação, de liberdade e sono; danos legais por exercer atividades consideradas crime

no país de destino; danos sociais pelo isolamento, ruptura com os laços familiares, timidez excessiva e desconfiança; e danos econômicos por meio do endividamento com os traficantes e perda de bens pessoais e familiares (BRASIL, 2011).

### *Negligência como forma de violência institucional contra a mulher*

A negligência é vista como um tipo de violência em que o agressor é passivo, pois a agressão ocorre pela omissão da ação ou do cuidado. Em termos jurídicos, é quando ocorre uma falta, com ou sem intenção, quando alguém ou instituição omite o cumprimento dos seus deveres, não faz algo que deveria ter sido feito, principalmente na área da saúde, como foi demonstrado na notícia abaixo:

*Mulher de 26 anos sofreu o quarto aborto em dois anos [...] A família está revoltada com os procedimentos e a situação de constrangimento que chegou a vivenciar no hospital, desde que a paciente foi internada, após a constatação da morte da criança [...] Segundo eles, a cirurgia só veio acontecer após a ida de uma equipe de reportagem ao local [...] O marido disse que a esposa chegou a ficar cinco dias para a constatação da perda do bebê, após diversas idas e vindas do hospital. Meio de comunicação impresso, 21/01/2012.*

A violência institucional é abordada como um fato presente no cotidiano do trabalho e do usuário do serviço de saúde, e definida sob dois aspectos: por omissão e por comissão. A primeira engloba a negação total ou parcial de ações médico-sanitárias, bem como a debilidade institucional observada

através da desnormalização, do descaso, da negligência e até mesmo, num grau máximo, da omissão, da inexistência de um serviço público de saúde. A segunda compreende a violência técnica inerente à teoria e à prática dentro dos serviços de saúde. Trata-se da violência embutida nas práticas de saúde e nos procedimentos indesejáveis e/ou desnecessários e a consequente repercussão sobre a saúde e a vida da população usuária (MINAYO; SOUZA, 1998).

A violência institucional que atinge as mulheres, como evidenciado pela notícia, acontece, grande parte das vezes, em maternidades. Muitas vezes, esta expressão de violência se manifesta contra as mulheres na forma de negligência, maus-tratos físicos e verbais e violência sexual (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Dessa maneira, ao mesmo tempo em que a mulher é vítima da violência institucional, tanto por omissão quanto por comissão, pode também ser vítima da violência de gênero. Como nos lembram Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2013), esta violência é forjada por relações de gênero que sistematicamente obstruem a comunicação e ações livres, desrespeitando os direitos da paciente.

Na busca de soluções para a violência contra a mulher, cujas consequências podem trazer sequelas e comprometer as mais diversas esferas da vida das vítimas, a imprensa desempenha um papel de extrema relevância em ajudar a alertar a sociedade, cobrar das autoridades iniciativas capazes de enfrentar e solucionar o problema e serviços de atendimento a mulher e sua família. A notícia jornalística atrai interesse da sociedade e provoca reação nas pessoas que podem ser mobilizada em prol do enfrentamento das violências que alcançam as mulheres.

## Considerações finais

As reportagens destacaram a ocorrência de casos de violência contra a mulher no contexto intrafamiliar, urbano, institucional, e a relação com o tráfico de drogas e de pessoas. Este cenário mostra que a violência que atinge a mulher perpassa e transita por diversos espaços da sociedade, configurando-se em um problema complexo e multifacetado que demanda um intenso esforço coletivo para o seu enfrentamento.

Considerando o importante papel da mídia, esta não deve se restringir apenas aos registros da violência em si, focalizando dados da vítima, agressor e local da ocorrência, dentre outras dimensões, mas ampliar o papel informativo, imparcial, ético e social no sentido de instigar a sociedade para que compreenda que também é co-partícipe na gênese das violências contra a mulher. Vale ressaltar, que o poder público tem ciência da magnitude e transcendência do problema.

## Referências

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013.

BAIERL, L. F. **Medo social**: da violência visível ao invisível da violência. São Paulo: Cortez, 2004.

BARONCELLI, L. Amor e ciúme na contemporaneidade: reflexões psicossociológicas. **Psicologia e Sociologia**, v. 23, n. 1, 2011.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Pesquisando e intervindo com famílias de camadas diversificadas. In: ALTHOFF, C. R.; ELSEN, I.; MITSCHKE, R. G. (Orgs.). **Pesquisando a família**: olhares contemporâneos. Florianópolis: Papa-livro, 2004.

BRANDEN, N. **A psicologia do amor**. O que é amor, por que ele nasce, cresce e às vezes morre. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998.

BRASIL. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Conta a Mulher. **Decreto Nº 1.973, de 1º de agosto de 1996**. Promulga a convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. São Paulo: Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM), 1996.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011.

CASIQUE, C. L.; FUREGATO, A. R. F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 950- 956, 2006.

CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 31-39, 2006.

DINIZ, N. M. F.; SANTOS, M. F.; LOPES, R. L. M. Representações sociais da família e violência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão preto, v. 15, n. 6, 2007.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade**. Vol. 3: O cuidado de si. São Paulo: Graal, 1993.

FREYRE, G. **Sobrados e Mucambos**. 9.ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 1996.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Violência contra a mulher: femicídios no Brasil**. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925\\_sum\\_estudo\\_femicidio\\_leilagarcia.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_femicidio_leilagarcia.pdf)>. Acesso em: 20 de dezembro de 2013.

IZUMINO, W.; SANTOS, M. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. **Revista Estudos Interdisciplinares de América Latina y el Caribe**, v. 16, n. 1, p. 147-164, 2005.

LANDINI, T. S. Pedófilo, quem és? A pedofilia na mídia impressa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 273-282, 2003.

LÁZARO, A. **Amor: do mito ao mercado**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MINAYO, M. C. S. Inequality, violence, and ecology in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 241-250, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.

MINAYO, M. C. S.; GOMES, R.; SILVA, C. F. R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1998.

NOGUEIRA, M. I. **Assistência pré-natal:** prática da saúde a serviço da vida. São Paulo: Hucitec, 1994.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT. Uma aliança global contra o trabalho forçado. **Relatório Global do Seguimento da Declaração da OIT sobre os Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho.** Brasília: OIT, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra; 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Escritório sobre Drogas e Crimes das Nações Unidas.** International Framework for Action, 2009.

RAMOS, S.; PAIVA, A. **Mídia e Violência:** tendências na cobertura de criminalidade e segurança no Brasil. Rio de Janeiro: IUPERJ, 2007. (PAREI AKI)

ROSA, E. M. *et al.* Violência urbana, insegurança e medo: da necessidade de estratégias coletivas. **Psicol. cienc. profissão**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 826-839. 2012.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 649-659, Jun. 2004.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, Agost. 2010.

SILVA, M. **Violência**: um problema de saúde pública. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/violenciamartasilva.pdf>> Acesso em 15 maio 2013.

STEFFENSMEIER, D.; ALLAN, E. Gender and Crime: Toward a Gendered Theory of Female Offending. **Annual Review of Sociology**, v. 22, p. 459-487. 1996.

VARGAS, J. D. Padrões do estupro no fluxo do sistema de justiça criminal em Campinas, São Paulo. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 177-186, 2008.

YALOM, M. **A história da esposa**: da Virgem Maria a Madonna: o papel da mulher casada dos tempos bíblicos até hoje. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.

ZALUAR A. Women of Gangsters: Chronicle of a Less-Than-Musical City. **Revista Estudos Feministas**, v. 1, n. 1, p. 135-142. 1993.

# **Adolescentes em conflito com a lei: relatos de delitos e institucionalização**

Keyla Rejane Frutuoso de Morais  
Fátima Luna Pinheiro Landim  
Patrícia Moreira Costa Collares  
Ana Karina Monte Cunha Marques

## **Introdução**

A adolescência é, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o período compreendido entre os 10 e 20 anos de idade incompletos. Já de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), esta fase inicia-se aos 12 e termina aos 18 anos (TAQUETE et al., 2005). É definida em geral como um período de transição da fase infantil para a fase adulta, uma fase complicada da vida determinada pelo processo turbulento o qual se encontram, envolvendo os aspectos físicos, sexuais, cognitivos e emocionais (ACETI, 2010; ASSIS, et al., 2003).

Neste intervalo etário, o indivíduo está vulnerável não só aos efeitos decorrentes das modificações biológicas ocorridas em seu corpo, mas do mesmo modo é influenciado pelo ambiente familiar, social e cultural onde o mesmo se desenvolve. Nesse sentido, não existe uniformidade de valores e comportamentos de um jovem para o outro, podendo ocorrer variação entre os grupos (CAMPOS, 2010).

O adolescente valoriza mais suas relações com os pares e seus relacionamentos são mútuos e igualitários. Observam-se

também estreitamento das relações de amizade de forma que os amigos passam a ser pessoas que compartilham sentimentos e se ajudam mutuamente, constituindo uma importante fonte de apoio (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007).

O Estatuto da Criança e do Adolescente considera como ato infracional um cometimento de crime ou contravenção penal exercido pelo menor de dezoito anos de idade. De acordo com esta lei, são considerados inimputáveis, não podendo, portanto, ser estabelecidas penas e sim medidas socioeducativas estabelecidas de acordo com o ato infracional (BRASIL, 2001).

Para Jacobina e Costa (2007), os atos infracionais na adolescência podem ser considerados como uma forma de denunciar as carências e dificuldades atravessadas pela família e uma forma de delatar as desigualdades e injustiças provocadas pelo sistema social.

Os principais fatores de risco para o envolvimento dos adolescentes com o uso de drogas e a prática de atos infracionais são: relação com os pais, influência dos grupos, nível de escolaridade, violência intrafamiliar física, psicológica e social, convivência com o crime, porte de arma, perda de membro da família na infância, doenças na família, uso de drogas lícitas e ilícitas, brigas e separação dos pais e privação de liberdade do pai ou da mãe (BERNARDY; OLIVEIRA, 2010, DAHLBERG; KRUG, 2007, MARTINS; PILLON, 2008, SENA; COLLARES, 2008). Com relação aos fatores de proteção, Siqueira (2009) afirma que família, amigos, profissão, vizinhos, escola e instituição de abrigo podem fornecer apoio social nas inter-relações pessoais.

Lima et al. (2006), em estudo com 120 adolescentes cumprindo medida socioeducativa de internação, verificaram que 89,6% dos adolescentes pesquisados revelaram já terem

sido vítimas de agressão no ambiente familiar, tais como: surras, golpes na cabeça, emprego de palmatória, beliscões, além de mordidas ou ataques provocados por cães. Os autores argumentam também que o perfil comportamental do adolescente pode ser um indicador da natureza de suas relações familiares.

A violência tem o adolescente como principal vítima e ator. Nessa faixa etária, dois em cada três mortes tem como causa a violência, seja homicídio, suicídio ou acidente de trânsito. No período de 1990 a 2000, de acordo com o Ministério da Saúde, morreram 211.918 crianças e adolescentes por causas externas, sendo 59.203 crianças nas idades de 0 a 9 anos; 33.512 de 10 a 14 anos e 119.203 adolescentes de 15 a 19 anos. Em 2008, morreram por homicídios no Brasil 275 crianças na faixa etária de 0 a 9 anos, 615 de 10 a 14 anos e 7.543 adolescentes de 15 a 19 anos (SOUZA; MELLO JÚNIOR, 2006, WAISELFISZ, 2011).

As diferentes formas de violência vêm sendo alvo de muitas pesquisas por afetarem diferentes grupos sociais, gerações e instituições, motivando pesquisadores de diferentes áreas a estudar seus métodos e desenvolver tecnologias capazes de reverter o quadro de criminalidade instalado (COCCO; LOPES, 2010, DABLBERG; KRUG, 2007, GALLO; WILLIAMS, 2008).

Quando institucionalizados, aspectos “como acolhimento inadequado no momento do abrigamento, hostilidade entre crianças e monitores, práticas educativas coercitivas, rotatividade de funcionários e não disponibilidade de investimento emocional podem ser considerados fatores de risco na institucionalização” (SIQUEIRA, 2009, p. 178). Entretanto, atividades socioeducativas bem conduzidas podem propiciar ao adolescente um novo sentido em suas vidas, ajudando-os na

potencialização de suas virtudes e a refletirem sobre sua prática (SOUZA NETO; CENTOLANZA, 2010).

Dentro deste contexto, levantam-se o seguinte questionamento: - Como uma instituição voltada para a ressocialização lida com a saúde da adolescente em conflito com a lei? Existem lacunas e dificuldades em promover saúde no contexto das instituições de cumprimento de medidas socioeducativas. Foi um pressuposto, o qual se buscou elucidação com o desenvolvimento desta pesquisa.

Os achados podem fomentar projetos sociais voltados às famílias desestruturadas, dando-lhes suporte para que a criança e o adolescente permaneçam sob a guarda/proteção dos pais biológicos que devem possuir as condições de atender às demandas destes em fase de vida tão peculiar. Desta forma, objetivou-se identificar os significados atribuídos pela adolescente em conflito com a lei acerca da institucionalização e saúde.

## **Método**

Pesquisa de abordagem qualitativa na qual as informações foram coletadas no período de outubro de 2012, em um centro educacional feminino com regime de internação provisória, privação de liberdade e semiliberdade, atualmente com capacidade para 40 adolescentes entre 12 e 18 anos, coordenado pelo Governo do Estado, na cidade de Fortaleza, Ceará.

Antecedendo a coleta de dados propriamente, a pesquisadora visitou o Centro Educacional de Cumprimento de Medida Socioeducativa, localizado em Fortaleza-CE, objetivando o reconhecimento do campo e identificação dos sujeitos. Conversou-se com a diretora e a vice-diretora da Instituição para indicação das adolescentes. Nesse primeiro encontro fo-

ram explicados às coordenadoras da instituição os objetivos da pesquisa e contou-se com a colaboração dos instrutores para encaminhamento das adolescentes à sala de reunião para realização da entrevista.

Trinta e quatro adolescentes participaram da pesquisa, tendo sido respeitado o princípio bioético da autonomia, acessando apenas as que desejaram voluntariamente participar. Assim, houve sete encontros, ou seja, sete visitas ao Centro Educacional, para realização das entrevistas individuais previamente agendadas, em sala climatizada, na qual havia uma mesa grande de reunião com capacidade para oito pessoas, cadeiras e uma televisão. No primeiro momento explicaram-se, individualmente, os objetivos da pesquisa bem como a importância da participação delas. Após os esclarecimentos da metodologia a ser empregada na coleta dos dados, do total de 38 adolescentes, quatro delas se recusaram a participar da pesquisa.

A estratégia de coleta de dados foi a da narrativa, por seu potencial de adentrar a vários elementos da história de vida das adolescentes, como: a dinâmica das relações a partir de suas redes de relacionamento, que determinam o cometimento do ato infracional, a institucionalização e as interações com outras adolescentes, e com profissionais em geral da instituição. Essa estratégia é uma análise de uma história contada cronologicamente a partir de seus elementos ordenadamente dispostos. Estes elementos-chave configuram o roteiro que as pessoas utilizam para descrever os eventos vividos e se somam na interpretação com o ponto de vista do narrador (GRAY, 2012).

Os “roteiros”, estruturas preditivas vivenciadas pelas adolescentes emergiram a partir dos temas geradores: - Conte a sua história de envolvimento com conflitos com a lei; - Fale sobre o que motivou esta institucionalização; - Como você vê

o cuidado com a saúde estando aqui dentro? De modo complementar, utilizou-se o diário de campo como estratégia de captação de cenas/ acontecimentos/ incidentes críticos que auxiliem a conhecer e interpretar o fenômeno investigado.

Para análise dos aspectos estruturais da narrativa foi adotada a proposta de Gomes e Mendonça (2006). Na primeira etapa buscou-se compreender o contexto das representações dos sujeitos entrevistados acerca da institucionalização e saúde, não se esperando que este seja o momento específico de análise. Na segunda, focou-se nos aspectos estruturais da narrativa, a saber: os significados atribuídos ao fenômeno investigado, os cenários das narrativas, as personagens, os eventos mencionados para contar como se deu o início do envolvimento em conflito com a lei, a institucionalização e a atenção à saúde quando institucionalizadas. E por fim, foi elaborada uma síntese interpretativa na qual as falas dialogaram com o contexto sócio-histórico.

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que rege os princípios das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade de Fortaleza - UNIFOR sob o parecer nº 123.108.

## **Resultados e Discussão**

São autoras do enredo as 34 adolescentes envolvidas nessa pesquisa por se encontrarem institucionalizadas, como consequência de reincidirem em diferentes práticas de natureza delituosa: desde pequenos furtos até o homicídio passional. O cenário é o Estado do Ceará, com predomínio maior

de procedência das adolescentes na área periférica da região metropolitana de Fortaleza. As narrativas focam as motivações das adolescentes para as práticas conflitantes com a lei, bem como as práticas de cuidado com saúde durante o tempo de institucionalização – sendo relevante abordar essas narrativas em um contexto e tempo histórico.

A procedência das adolescentes, sendo 27 delas da capital Fortaleza, e as demais com trânsito constante por essa metrópole, confere aos personagens do enredo uma identidade sociocultural basicamente urbana. Suas características do ponto de vista da geração (também) explicam como se comportam em relação a tudo na vida; quais influências sofreram e ainda sofrem, fatores e acontecimentos que determinam seu comportamento.

Visitando as narrativas, verifica-se que foram nascidas na década de 1990, exatamente entre os anos de 1994 e 2000. Foi a última década do século XX, segundo milênio, e seus pais sofreram das rápidas e constantes mudanças na chamada “geração zapping” (FREIRE FILHO, 2008): caracteristicamente uma geração em que os jovens queriam fazer tudo ao mesmo tempo, necessitando aprender a lidar com o excesso de informação e pertencer a várias tribos. Supervalorizavam o corpo, o prazer, e a individualidade (SOUSA, 2006). Cumulado com o fato de os espaços de lazer e de socialização começarem a sofrer alterações devido à proliferação da tecnologia, dos videogames e das redes sociais via internet, cada vez mais cedo, ainda na adolescência, os jovens começam a sair na noite e a consumir álcool e outras drogas.

Os jovens da década seguinte, a de 2000, serão identificados, portanto, como mais consumistas e mais influenciáveis por fatores negativos que vão caracterizando o novo milênio. É registrada uma tendência a banalizar temas como corrupção, vio-

lência, drogas; e já não há mais temas tabus: drogas, virgindade, sexualidade, homossexualidade, gravidez na adolescência, por exemplos. Complexifica-se, deste modo, as abordagens de problemas na esfera pública (BELLUZZO; VICTORINO, 2004).

O ato infracional para as adolescentes, que narram, tem início na infância, exatamente entre os anos de 2007 a 2012, intensificando-se na adolescência – é o exemplo de At 31, com 15 anos à época da entrevista: *“Eu tinha 11 anos, peguei e conheci duas amigas [...] elas me ensinaram a fazer o que não presta: usar droga, a se prostituir”*.

Além de toda influência contextual e social das experiências trazidas pelos seus pais, analisando o período em que as participantes da pesquisa vivem sua adolescência, constata-se o marco histórico em que o primeiro brasileiro “operário” foi eleito (e reeleito) para governar o país – politicamente era a esquerda, os pobres, assumindo o poder por meio de um representante seu. Trata-se de um marco histórico em que uma massa de excluídos ganha visibilidade, passando a predominar uma política de assistencialismo que considerava os milhões de desempregados no Brasil. Dentre as várias realidades que se vislumbravam contemplar por meio dos programas sociais e planos econômicos, no contexto dessas adolescentes tudo isso ganha grau de dramaticidade bem particular. Uma adolescente cumprindo medida socioeducativa confidencia: *“A minha mãe não tá trabalhando porque ela vem me visitar e ao meu irmão aqui duas vezes, e assim não dá tempo pra ela trabalhar. [...] Tem a bolsa escola, mas acho que vão cortar porque nem eu, nem meu irmão estamos estudando; tá só minha irmã estudando. Vão cortar... Não é, tia?”*. Pode-se dizer da experimentação, por parte dessas adolescentes, um sentimento de culpa, e um conflito também relacionado ao sistema político com o qual, a princípio, deve-

riam se identificar: em muitos *insites* vão se apercebendo de um sistema que faz “de suas crias as suas vítimas” – salvador e carrasco em um mesmo contexto e tempo histórico.

De seu lado, a economia – com o enfraquecimento do neoliberalismo e a retomada dos investimentos públicos nos setores estratégicos de infraestrutura – que passara no início dos anos 2000 por um dos maiores períodos de prosperidade e estabilidade da história – passa a sofrer crise exatamente a partir do final do ano de 2007, a exemplo da maioria dos países em desenvolvimento. E a década segue fazendo história também como a que mais se ouviu falar em corrupção entre os políticos do país, “naturalizando” o tema (a prática?) entre os que compuseram essa geração.

A sociedade brasileira está notadamente dividida: há os que vivem em condição social de extrema carência; enquanto de outro lado ficam aqueles com condição sociofinanceira bem favoráveis. Mesmo nesse desenho contextual, ou por consequência deste, influenciado ainda pela geração zapping, independentemente do poder aquisitivo, as pessoas podem se tornar, pela publicidade e fragmentação do mercado, um alvo em potencial para o consumo, prioritariamente de tecnologia. O critério, portanto, que passa a determinar se a pessoa vai participar de um grupo é a capacidade de consumo (SOUZA, 2004). Na medida em que o polo marginalizado pela distribuição de renda não consiga concretizar a posição de consumidor, surge e vai se intensificar a criminalidade. De acordo com o Mapa de Violência (2012) as taxas de criminalidade cresceram acima da média nacional no Estado do Ceará na década que culmina com o ano de 2010. Em especial na Região Metropolitana de Fortaleza os homicídios cresceram ao índice de 7,8% ao ano (WAISELFISZ, 2011).

As autoras das narrativas apresentam em seus depoimentos diferentes motivações para o envolvimento com alguma ilicitude; nenhuma delas, entretanto, tem a clareza do fator “consumo” como um motor desencadeador desse fenômeno. A má influência de amigos é a razão mais vezes referidas como para o ingresso ao delito. O depoimento de At 29, 13 anos à época da realização da entrevista, é explícito nesse sentido: *“Foi com amizades! Com pessoas misturadas com roubo. Usava drogas e roubava!”*. At 20, com 16 anos, acrescenta: *“Eu conheci certas pessoas que me botou nessa vida. Começamos a traficar...”*.

Se para iniciar os amigos são um estímulo, para continuar a praticar delitos os amigos que partilham de mesmos sentimentos e modos de pensar tornam-se indispensáveis. Sobre o perfil comportamental de adolescentes que transgridem a lei, Assis e Constantino (2005) escrevem que eles procuram buscar apoio em amigos do próprio meio de infração como forma de fortalecer-se, passando em conjunto a praticar atos infracionais. Roubam ou traficam juntas, “caem” juntas – é o que esclarece o depoimento de At 8, 17 anos, quando revela em seu depoimento como as mesmas amizades na infração delituosa acompanham-na como companheiras no cárcere (nas medidas de ressocialização): *“Não teve motivo para eu tá aqui. Mas, por influência de amigas eu cometi esse erro. Elas estão aqui também! Vieram quatro pra cá.”*. A expressão “cair” tem origem nos motes das adolescentes em conflito com a lei, tomando a conotação de ser flagrada no cometimento do ato ilegal, assumindo o Estado medidas socioeducativas junto a elas.

Com essa mesma origem, existem as gírias “buraco da maldade”, expressando o envolvimento com situações ilegais; e “dá balão” na viatura, expressão que faz referência a ser colocada no interior de uma viatura policial, e depois de algumas horas

rodando sem destino certo, ser solta ou entregue aos pais, em sua casa: *“Eu já tinha cometido roubo umas três vezes, mas nunca tinha vindo pra cá, não. Dava uns balões na viatura, depois me deixavam em casa”* (At 4, 17 anos).

Também é muito usado “acoche” para classificar a pessoa como medrosa ou covarde. O incentivo do grupo à prática delituosa, muitas vezes, decorre da necessidade da pessoa participar de um grupo, ou seguir dentro deste com mais dignidade e respeito. A adolescente At 23, 17 anos, exclama: *“... porque quem tá nessa vida não quer levar o nome de acoche. Não quer nunca levar o nome. Ai, não querem nem saber, quer saber se tá indo”*.

Para a realidade das entrevistadas, o delito inicial é sempre o uso de drogas: *“Comecei a sair com gente errada, que rouba... Essas coisas assim, fora da lei. Comecei a usar drogas: maconha, rípinol, pó. Só não o crack* (At 26, 16 anos). A família em situação de vulnerabilidade social, agressão física e outros eventos desfavoráveis no ambiente familiar podem atuar como facilitadores do uso de drogas, bem como do abuso (BERNARDY; OLIVEIRA, 2010). A entrevistada At 28, de 15 anos declara: *“Eu comecei com 12 anos, depois que o meu pai se separou da minha mãe, se ele tivesse comigo e com a minha mãe, nós não era assim... Nem eu nem meu irmão”*. Outra adolescente refere o evento da morte do pai como uma possível causa para o envolvimento com a droga e o crime: *“Talvez pelo meu pai ter morrido e eu não ter sido uma pessoa forte. [...] Depois que meu pai morreu, eu fiquei totalmente com a cabeça cheia, perdi a vontade de ir para o colégio, não quis mais estudar. Devido ele ter morrido, eu fiquei com falta de pessoas ao meu lado.”* (At 2, 17 anos).

Também, era como mecanismo de fuga da violência intrafamiliar que algumas adolescentes da pesquisa tinham sua iniciação nas drogas: *“Eu já apanhei tanto do meu pai! Uma vez*

*eu fiquei toda marcada, toda marcada mesmo. Eu fui ficando com mágoa dele, fui ficando com raiva. Eu achava que o melhor jeito era fumar uma maconha pra relaxar. Ai pronto, fui aviciando, aviciando”* (At 10, 17 anos). Consequência da drogadição, outros delitos passam a ser praticados, quase sempre como forma de sustentar a nova configuração de vida. A adolescente At 27, 14 anos, revela “... comecei a usar drogas. Daí, fui roubar e fugir de casa. Trazem luz sobre os modos em que vai se dando essa rápida metamorfose, o depoimento das At 26, de 16 anos; e At 4, 17 anos: “*Eu comecei a roubar mais porque eu comecei a usar ripinol. Você fica naquela de usar drogas e querer mais dinheiro*”; “[...] *Je queria roubar! Foi da cabeça mesmo. Eu queria usar drogas, queria dinheiro e eu achava que era mais fácil roubar, né?*”.

Para outras entrevistadas a droga e demais crimes que iniciaram a praticar ainda em fase infantil de seu ciclo vital guarda também relação com a estruturação familiar. É o que deixa clara a estória de At 24, com 16 anos à época da entrevista: “*A maioria da minha família é assim: meus primos, minhas tias, a minha mãe de sangue vende drogas.*”. Do depoimento de At 16, 14 anos, extrai-se: “*Eu tenho 12 irmãos e nenhum presta. Só um que é deficiente que não rouba; e um outro, que roubava e virou crente. Eu via todos os meus irmãos fazendo e disse: - eu acho que vou fazer também!*” Ter exemplos dentro de casa pode fragilizar uma formação ético-social mais solidária; enquanto a individualização das próprias necessidades e a exacerbação destas também vai ditando o ritmo de vida, na medida em que na pouca idade ainda é débil o discernimento de certo e de errado segundo padrões de comportamento social mais aceitos. As falas de At 10, 13 anos, traduzem melhor o fenômeno: “*Comecei a traficar... Foi porque eu quis mesmo! Quanto mais eu vendia mais eu gostava, porque eu via tanto dinheiro fácil. Vinha fácil!*”.

Da prática dos primeiros atos ilícitos, até decidir-se por seguir uma vida de crime, o que vai ser determinante é essa formação ética na infância. Das pesquisas de Assis e Constantino (2001), extrai-se a compreensão de que a familiaridade com a prática delituosa, a sensação de normalidade, portanto, que passa por quem sempre conviveu com isto, associada ao acesso rápido ao dinheiro, permitindo a aquisição de bens materiais cobiçados são motivos para adolescentes não pararem depois de iniciar a traficar, como não o fazem depois do primeiro furto/roubo.

A colaboração social para instaurar e fazer manter o estado-de-coisa vem de uma sensação de impunidade que transparece experimentar as adolescentes entrevistadas. Diversas pesquisas que abordam o tema das adolescentes em cumprimento de medidas de privação de liberdade apontam a reincidência como um acontecimento comumente observado (PERES et al., 2002, JÓRIO; VENTURINI; OLIVEIRA, 2009). Se elas já não sofrem de nenhuma sanção ou recriminação por parte dos familiares, a presença do Estado é um agravante, na medida em que entra na vida dessas adolescentes e se firma nas representações destas por uma sequência de equívocos. Em tom ora de deboche, ora de frustração narra a At 16, de 14 anos: *“A primeira vez fui pra delegacia, depois pro juizado e o juizado foi me deixar em casa”. A segunda vez me pegaram e deixaram na delegacia, da delegacia foram me deixar no juizado, do juizado foram me deixar em casa de novo. A terceira vez fui presa e eles me levaram pra delegacia e minha mãe foi me tirar, e me levou pra casa. Na quarta vez eu fui pro Fórum, aí o juizado foi me deixar em casa. Na quinta vez que eu fui presa me levaram pro Fórum de novo, aí o juiz nem olhou pra minha cara... Outro homem veio e disse que tinha uma internação de 45 dias pra mim. Me levaram*

*pra Juazeiro, só que lá não pegava mulher. Eu fiquei três dias na delegacia e três dias no juizado. Aí do juizado me trouxeram pra DCA e de lá me trouxeram pra cá.*

Nesse sentido são todas as narrativas: *“A minha primeira queda eu fui presa e passei 45 dias. Passou cinco meses, eu caí de novo, aí cometi outro ato infracional, passei 45 dias de novo. Nem menos de dois dias voltei de novo, foi a terceira queda, passei 45 dias. Aí fui pro abrigo, briguei e voltei de novo (quarta queda). A quinta foi por roubo, passei 6 meses. A sexta passei seis meses. Aí passou um ano, aí voltei agora pra sétima queda, foi assalto também.”* (At 22, 16 anos); *“A primeira vez foi porque eu sequestrei duas crianças, daí eu vim pra cá e passei 45 dias. A segunda vez foi porque eu não fui assinar. A terceira vez foi por causa do celular e aí eu fui pega e vim pra cá de novo, passei seis meses. A quarta vez foi por quebra de medida (LA); vou passar de seis meses a três anos.”* (At 30, 16 anos).

Destaque-se que o mundo real das adolescentes é bem mais duro e explícito para elas. Um depoimento é esclarecedor nesse tema: *“... a gente aqui tá guardada do mal, às vezes os outros querem matar a gente, e aqui nós tá protegida. Nós tamo protegida de todo mal. Lá fora é outra coisa.”* (At 34, 15 anos). No tráfico há regras que as adolescentes não ousam transgredir; assim como para pertencer aos grupos a que pertencem elas respeitam autoridades e regras próprias do grupo, com risco de, não o fazendo, incorrer contra a própria vida. Contrariamente, no universo instaurado pelas regras de convivência social, há muitas lacunas, e as interpretações dadas a estas ficam muito ao encargo de cada adolescente.

Consequência é que se, de um lado, as adolescentes conhecem o crime que cometem, apropriando-se, inclusive, da linguagem técnica (o artigo do Código Penal Brasileiro); de

outro, sabem o quanto é mais brando e tolerante o mundo no lado de cá por serem elas quem são: criança ou adolescente. Do depoimento da At 20, de 16 anos, retira-se a interpretação para o fenômeno em foco: *“A primeira vez eu caí com um 33 (tipificado no Código Penal como tráfico); aí, eu fui pra delegacia e fui liberada no mesmo dia. E continuei nessa vida. Passei dois meses, caí de novo. A terceira vez, foi porte ilegal de arma, roubando – caí eu e outra colega, aí nós ficamos aqui 45 dias e fomos liberadas de novo. A quarta vez, essa agora, foi com um 33 de novo”*.

O contexto institucional é animado por várias entradas nas delegacias da Criança e do Adolescente (DCA) desde os 11/12 anos até os 18 anos, sendo liberadas a partir do ambiente de triagem após permanência de poucas horas. Há uma frequência relativa de reincidências, sempre motivadas pelo uso de drogas, seguido de roubo. São as reincidências ou o cometimento de atos de maior gravidade que as levam a cumprir internação por tempo determinado (45 dias), seguindo a aplicação de sentença: liberdade, liberdade assistida ou internação, no prazo máximo de três anos.

Ponto positivo da institucionalização também foi lembrado pelas adolescentes. O período de institucionalização oportuniza ao desenvolvimento de relações afetivas, substitutivas das carências vivenciadas no ambiente familiar (MONTEIRO et al., 2011): *“Apesar de eu ter vindo parar aqui no Centro Educacional, encontrei coisas que lá fora eu não tinha, como: amigos de verdade, pessoas que me ajudaram quando eu tava precisando, como os instrutor, o povo da pedagogia”* (At 2, 17 anos). Para além disso, deve compor uma rede de apoio social e afetivo fornecendo suporte para o enfrentamento de acontecimentos negativos provenientes tanto das famílias quanto do contexto sociocultural vivenciado pelos adolescentes em conflito com a

lei, dessa forma oferecerá um ambiente favorável para o desenvolvimento cognitivo, social e afetivo dos adolescentes envolvidos no contexto de cumprimento de medidas socioeducativas (SIQUEIRA; DELL'AGLIO, 2006).

As adolescentes declaram também que a reclusão oportuniza o distanciamento das drogas: “É bom pra gente porque a gente passa muito tempo sem usar. O tratamento que eu acho melhor aqui, é que aqui não entra nada como nos outros presídios, nem cigarro” (At 10, 17 anos); “... acho bom tá aqui dentro que eu tô esquecendo da droga. Se eu tivesse lá fora eu tava usando droga, fazendo coisa que não presta. Lá fora eu não ligava pra saúde, não ligava pra nada.” (At 16, 14 anos). É lugar também de momentos de reflexão: “Depois que vim pra cá, eu fui ver o que eu queria, o que eu tava fazendo com minha mãe. Fez parar pra pensar, ter mais ânimo, voltar a ler os meus livros e voltar ao amor que eu tenho hoje” (At 2, 17 anos).

Como papel da instituição junto às adolescentes cumprindo medida socioeducativa, destaque-se, portanto, a garantia da integridade física e segurança com instalações físicas que propiciem “condições adequadas de acessibilidade, habitabilidade, higiene, salubridade e segurança, vestuário e alimentação suficientes e adequadas à faixa etária dos adolescentes e cuidados médicos, odontológicos, farmacêuticos e saúde mental” com implantação de ações preventivas priorizando a saúde mental, e atenção aos agravos psicossociais associados ao uso de álcool e drogas objetivando a redução dos danos à saúde sexual e reprodutiva, bem como atenção às DST/HIV/AIDS e atenção aos portadores de deficiência (BRASIL, 2006, p.28; BRASIL, 2004). O cuidado com a saúde é assim descrito pelas adolescentes, sempre comparando o espaço institucional com a vida cotidiana longe dele: “Eles cuidam bem da gente. Se a gente

*sentir qualquer dor, eles dão remédio pra gente [...] orientam pra não piorar. Eles cuidam da gente como se fosse filhos deles, eu acho”* (At 4, 17 anos); *“Eu acho bom o atendimento. Se fosse lá fora eu tava era doente, caindo o meu couro [...] Aqui eu tô guardada, tô me alimentando direito, lá fora não, tem dia que nem merendo de tanto usar droga, sei nem se eu como. Aqui é bom, porque a gente estuda, faz oficina, borda, pinta, costura”* (At 28, 15 anos); *“Não tem nem comparação com o atendimento lá fora, lá fora a gente espera um tempão, aqui é mais rápido”* (At 25, 17 anos); *“Aqui é bom. Eles tratam a gente bem, às vezes tem que dá carão, né. Aqui a gente é bem tratada, tudo é limpo e organizado. Quando precisa é atendido. [...] quando o caso é mais urgente, ela agenda e leva pro hospital”* (At 26, 16 anos).

Assim, os marcos teóricos e conceituais foram a influência maléfica da rede de amizade e familiar; a adesão voluntária por situações de conflito com a lei que remete a possibilidade de acesso fácil ao dinheiro e às drogas; entradas consecutivas em delegacias da Criança e do Adolescente (DCA) e reincidências de cometimento de atos infracionais; a institucionalização oportunizando o distanciamento das drogas, proteção e momentos de reflexão e o papel da instituição como promotora de saúde.

## **Considerações finais**

O fenômeno das adolescentes em conflito com a lei permitiu discorrer sobre diferentes aspectos objetivos e subjetivos que se voltassem para um retrato mais fidedigno da realidade vivenciada por elas, antes e durante a institucionalização. São apresentadas reflexões que não almejam fechar a discussão, mas sintetizar o problema investigado.

Nas narrativas das adolescentes deste estudo, temos diferentes componentes. O primeiro são pessoas que iniciam no mundo da ilicitude, saindo da infância e entrando na adolescência. O enredo de envolvimento em conflitos com a lei é antecedido por fatos que remetem ao abandono pela mãe biológica, separação dos pais, agressão física provocada pelo pai e uso de álcool/drogas pelos pais.

Relativamente aos significados atribuídos à institucionalização e à saúde, tem-se que a instituição dispõe de diferentes recursos e estratégias que favorecem o cuidado em saúde, sendo reconhecido o seu papel de forma positiva pela maioria das adolescentes. O cuidado com a saúde é entendido como bom pelas adolescentes, não faltando atendimento nos casos de morbidade súbita.

O acesso é favorecido, pois existem profissionais de saúde à disposição e medicamentos para serem oferecidos. Há uma tendência a comparar as dificuldades enfrentadas em obter as mesmas facilidades de assistência no contexto extra institucional.

Outro aspecto diz respeito à educação profissionalizante (cursos de pintura e costura) e o ensino fundamental e médio apropriados para adolescentes (EJA). Há também a preocupação de favorecer espaços de formação religiosa (católica e evangélica). Observa-se em parte das narrativas a presença de reincidência de infrações, o que sugere a necessidade de novas pesquisas que abordem o papel da instituição na reinserção social.

## Referências

ACETI, D. C. S. Direito da Criança e do adolescente. Revista de Direito, **São Paulo**, v. 13, n. 17. 2010.

ASSIS, S.G. et al . A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3. 2003.

ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, mar. 2005 .

ASSIS, S.G; CONSTANTINO, P. **Filhas do Mundo**: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 284p.

BELLUZZO, L.; VICTORINO, R.C. A juventude nos caminhos da ação pública. **São Paulo Perspec.**, São Paulo , v. 18, n. 4, p. 8-19, dez. 2004.

BERNARDY, C.C.F.; OLIVEIRA, M.L.F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 44, n. 1, p. 7-11, mar. 2010 .

BRASIL. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo -SINASE/ Secretaria Especial dos Direitos Humanos** – Brasília-DF: CONANDA, 2006.

BRASIL. Ministro de Estado da Saúde, Secretário Especial dos Direitos Humanos, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004**. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, **Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília (DF): 1996.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do adolescente.** Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, Lei n. 8242, de 12 de outubro de 1991.- 3ª ed.- Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001.

CAMPOS, D. M. S. **Psicologia da adolescência:** normalidade e psicopatologia. 22ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 183p.

CEARÁ. Governo do Estado do. **Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS).** Disponível em <http://www.stds.ce.gov.br>. Acesso em 28/10/2011.

COCCO, M.; LOPES, M. J.M. Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade. **Rev. Gaúcha Enferm,** Porto Alegre, v.31, n.1, p.151-9, mar. 2010.

DAHLBERG. L.L; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & saúde Coletiva,** v. 11, p. 1163-1178, 2007.

FREIRE FILHO, J; LEMOS, J. F. Imperativos de conduta juvenil no século XXI: a “Geração Digital” na mídia impressa brasileira. **Comunicação, mídia e consumo,** São Paulo, v. 5 n.13 p. 11 – 25, Jul. 2008.

GALLO, A.E; WILLIAMS, L.C.A. A escola como fator de proteção à conduta infracional de adolescentes. **Cadernos de Pesquisa,** São Paulo, v.38, n.133, p. 41-59, Jan./Abr. 2008.

GOMES. R, MENDONÇA, E.A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MÍNAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F(org). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006.

GRAY, D.E. **Pesquisa no mundo real**. 2.ed. Porto Alegre: Penso, 2012. 488p.

JACOBINA, O. M. P; COSTA, L.F. “Para não ser bandido”: trabalho e adolescentes em conflito com a lei. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 10, n.2, p.95-110, Dez. 2007.

JÓRIO, A.R.S.; VENTURINI, N.O.; OLIVEIRA, R.F. **Fatores biopsicossociais que influenciam nos atos infracionais de criança e adolescentes**. 2009. 94f. Trabalho de conclusão de curso ( Monografia)- Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2009.

LIMA, I. M. S.O; ALCÂNTARA, M. A. R. DE; ALMEIDA, K. V. D. *et al.* Experiências de violência intrafamiliar entre adolescentes em conflito com a lei. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv Hum**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 16-24, Mai. \Agost. 2006.

MARTINS, M.C.; PILLON, S.C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.5, p. 1112-1120, Mai. 2008.

MONTEIRO, E.M.L.M. et al. Percepção de adolescentes infratoras submetidas à ação socioeducativa sobre a assistência à saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 323-330, Abr.\Jun. 2011.

PERES, C.A. et al. Prevenção de Aids com adolescentes encarcerados em São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n.4, p. 76-81, Agost. 2002.

SCHNEIDER, A.C.N ; RAMIRES, V.R.R. Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. **Aletheia**, n.26, p.95-108, Jul./Dez. 2007.

SENA, C.A.; COLARES, V. Comportamentos de risco para a saúde entre adolescentes em conflito com a lei. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.10, p. 2314-2322, Out, 2008.

SIQUEIRA, A.C. et al., Percepção das figuras parentais na rede de apoio de crianças e adolescentes institucionalizados. **Arq. bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v.61 n.1, Abr. 2009.

SIQUEIRA, A.C.; DELL'AGLIO, D.D. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.18, n.1, p. 71-80, Jan.\Abr. 2006.

SOUSA J. Apresentação do Dossiê: A sociedade vista pelas gerações. **Política & Sociedade: Revista de Sociologia Política**, Florianópolis, v. 5, n. 8, p. 9-30, Abril. 2006.

SOUZA NETO, J.C; CENTOLANZA, C.A. Da prática do desvio ao protagonismo. **PSICO**, Porto alegre, PUCRS, v.41, n. 1, p.128-136, Jan./Mar. 2010.

TAQUETE S.R.; et al. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n. 6, p. 1717-1725, Nov.\Dez. 2005.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**: crianças e adolescentes do Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos, 83p.2012.

# **Acidentes de trabalho graves notificados no município de Fortaleza**

Paula Pessoa Monteiro

Crícia Maria Lima Pontes

Carmina Maria Goersch Fontenele Lamboglia

Danielle Malta Lima

## **Introdução**

No panorama mundial, o assunto acidentes de trabalho é uma preocupação para os governos e organizações, em decorrência de suas implicações econômicas e sociais que ocasionam. Em torno de 2,2 milhões de pessoas morrem todo ano no mundo em consequência a acidentes de trabalho e doenças profissionais, ocorrendo 5.700 acidentes mortais na Europa e 370 em Portugal (CORREIA; DA SILVA MARTINS; DA SILVA, 2012).

No Brasil, os acidentes de trabalho são considerados um problema de saúde pública, e poder ser classificados de acordo com sua caracterização em três tipos: típico, trajeto e doença profissional ou do trabalho (RABELO; MARTINS, 2010). Portanto, os acidentes representam um grande desafio em relação à sua prevenção, controle e com isso, provocam um forte impacto na morbimortalidade da população (BRASIL, 2001a; 2006b). De acordo com Waldvogel (2002), os acidentes de trabalho surgem da ruptura entre a relação saúde e trabalho, de maneira abrupta ou insidiosa, com repercussões pessoais e sociais de expressiva monta, estando diretamente relacionadas

com a atividade laboral, as condições do local de trabalho e ao próprio trabalhador, segundo seu contexto sociopolítico. Deste modo, os acidentes de trabalho constituem o maior agravamento à saúde dos trabalhadores brasileiros, com elevados custos sociais e econômicos, que podem chegar a 10% do Produto Interno Bruto (PIB), tendo expressiva morbimortalidade, constituindo-se em importante problema de saúde pública (SANTANA *et al.*, 2006; HENNINGTON; CORDEIRO; MOREIRA FILHO, 2004).

No Brasil, a principal base de dados sobre acidentes de trabalho é originária do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), cujos indicadores referem-se somente aos acidentes registrados por via da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e ocorridos entre os trabalhadores segurados, ou seja, trabalhadores cadastrados e que contribuem para a previdência social, excluindo, portanto, da base de dados, os acidentes ocorridos com trabalhadores do setor informal, que hoje representam significativa parcela da População Economicamente Ativa (PEA), o que impede a conformação do perfil epidemiológico da população trabalhadora (CONCEIÇÃO *et al.*, 2003).

Os dados registrados de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho ocorridos no período de 1970 a 2009, com base nos dados da previdência social, originários das CAT, são parciais e não representam a realidade total do problema no País (DIESAT, 2009). No ano de 2010, a região Nordeste foi a segunda que mais criou empregos. Ao todo, foram inseridos 329.565 postos de trabalho nos nove estados que compõem a Região. Pernambuco liderou a empregabilidade, criando 89.607 postos de trabalho e o Ceará, com 56.413 empregos. Mesmo tendo conseguido obter um bom desempenho na geração de

empregos, o Nordeste manteve seu quadro de acidentalidade laboral praticamente igual ao registrado em 2010, tendo sido objeto de um pequeno acréscimo de 0,5% em seus infortúnios em 2011 (passou de 91.285 para 91.725) (AEPS, 2013).

Na Região nordestina, apenas a Bahia e o Ceará tiveram queda em seus percentuais de acidentalidade, cabendo aos baianos a redução mais significativa, enquanto os cearenses reduziram apenas 0,1% seus acidentes de trabalho (de 12.270, passaram para 12.256). Em compensação, o Ceará respondeu pela segunda maior queda de acidentes fatais em 2011 e sofreram menos 23,5% óbitos no trabalho. Das 68 mortes laborais computadas em 2010, o Ceará registrou 52 fatalidades ligadas ao trabalho em 2011 (AEPS, 2013).

Em virtude do elevado número de acidentes de trabalho graves e o forte impacto causado em nossa sociedade, o objetivo desse estudo foi analisar o perfil clínico-epidemiológico dos trabalhadores que sofreram acidentes de trabalho graves, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no Município de Fortaleza, de 2008 a 2012.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa documental, quantitativa, descritiva e retrospectiva, que foram utilizados os dados secundários cedidos gentilmente pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Regional de Fortaleza, originários das fichas do SINAN dos acidentes de trabalho graves no período de 2008-2012. Nesta pesquisa, foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, local onde ocorreu o acidente, evolução do caso e prevalência de ocorrências nos meses do ano.

A seleção baseou-se nos seguintes critérios de inclusão: todos os trabalhadores que sofreram acidentes de trabalho graves e que foram notificados no SINAN no Município de Fortaleza, no período de 2008 a 2012. Sendo excluídas da pesquisa todas as fichas com dados incompletos e com outros tipos de acidentes.

A análise realizada foi descritiva, no intuito de identificar o perfil dos trabalhadores que sofreram algum tipo de acidente de trabalho grave, por intermédio da frequência absoluta (f) e relativa (%).

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza – sob o nº 434.750 e seguiu todas as normas da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

## **Resultados e discussão**

As notificações dos acidentes de trabalho graves, no período de 2008 a 2012, do Município de Fortaleza foram obtidas das fichas do SINAN notificadas no Instituto Dr. José Frota - IJF, que é o maior hospital terciário de urgência e emergência, sendo referência no atendimento às vítimas de trauma do Estado de Ceará.

No período de 2008 a 2012, foram notificados 1011 acidentes de trabalho graves no IJF, sendo que 691 fichas foram analisadas neste estudo, pois estavam devidamente preenchidas, de acordo com os critérios de inclusão desta pesquisa. No entanto, foram excluídas do estudo 320 fichas do SINAN por estarem indevidamente preenchidas.

Segundo afirma Hennington e Monteiro (2006), o SINAN encontra-se ainda em decurso de implantação e conso-

lidação. Portanto, vale ressaltar a importância da completude e/ou consistência das notificações, incluindo a completude de cada campo (preenchidos ou ignorados na base de dados), a qual, se acredita, deve ainda ser aprimorada ao longo dos anos. Cabe ressaltar que a melhoria da uniformização nas categorias, na obrigatoriedade e na rotina do preenchimento automático dos campos pelo SINAN possibilitará maior completude dos campos.

A maioria dos acidentes de trabalho graves ocorreu no sexo masculino, com 94,20%, e 5,8% no sexo feminino (Tabela 1).

**Tabela 1**– Distribuição dos acidentes de trabalho graves, em relação ao gênero, no período de 2008-2012.

Sexo	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	158	94,6	185	93,0	114	94,2	97	95,1	97	95,1	651	94,2
Feminino	9	5,4	14	7,0	7	5,8	5	4,9	5	4,9	40	5,8
Total	167	24,2	199	28,8	121	17,5	102	14,8	102	14,8	691	100,0

Como demonstrou Azevedo (2001), em sua pesquisa realizada com os acidentados da construção civil, subsetor edificações, em São Luís (MA), os acidentes de trabalho graves acometeram 100% o sexo masculino.

Outras pesquisas encontraram similaridade ante o acidente de trabalho grave, em que o sexo masculino é o mais acometido, como a de Scussiato (2012), sendo este o mais acometido em sua maioria, com 3.8479 (88,36%); a de Li *et al.* (2012), avaliou dados hospitalares de 2006 a 2008, em duas áreas do Sul da China, sendo uma costeira e uma área de montanha e constatou o fato de que, dos 8.929 acidentes de trabalho, 82,88% ocorreram com homens.

Em relação à faixa etária, os acidentes de trabalho graves no período avaliado acometeram principalmente as seguintes faixas etárias; entre 20 a 30 anos, com 32,7%; 31 a 41 anos, com 26,6%, e 42 a 52 anos, com 25% (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição dos acidentes de trabalho graves, em relação à faixa etária, no período de 2008-2012.

Faixa etária	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 19 anos	11	6,6	7	3,5	4	3,3	4	3,9	4	3,9	30	4,3
20 a 30 anos	45	26,9	69	34,7	32	26,4	40	39,2	40	39,2	226	32,7
31 a 41 anos	51	30,5	58	29,1	37	30,6	19	18,6	19	18,6	184	26,6
42 a 52 anos	43	25,7	46	23,1	28	23,1	28	27,5	28	27,5	173	25,0
53 a 63 anos	16	9,6	15	7,5	13	10,7	8	7,8	8	7,8	60	8,7
64 a 74 anos	0	0,0	2	1,0	5	4,1	3	2,9	3	2,9	13	1,9
Acima de 75 anos	1	0,6	2	1,0	2	1,7	0	0,0	0	0,0	5	0,7

Estudo realizado por Gonçalves (2012) corrobora com os resultados desta investigação, pois neste estudo a maior frequência de acidentes ocorreu em trabalhadores com idade de 18 a 29 anos, envolvidos em 40,88% (n = 2.346) do total; sendo a faixa etária de 30 a 39 anos está relacionada a 26,35% (n = 1.512) do total de acidentes e a faixa de 40 a 49 anos a 19,22% (n = 1.103) dos acidentes.

Várias pesquisas confirmam que há mais acidentes em jovens com faixa etária de 20 a 40 anos, o que traz prejuízos socioeconômicos para o desenvolvimento do País e sofrimento e desamparo para o próprio acidentado e seus familiares (SANTANA *et al.*, 2007; TEIXEIRA; FISCHER, 2008; MANGAS; GÓMEZ; THEDIM-COSTA, 2008; IWAMOTO *et al.*, 2011; BAKHTIYARI *et al.*, 2012; LI *et al.*, 2012).

O resultado desta pesquisa em relação à escolaridade demonstrou que, dos 391 acidentes de trabalho graves, 51,5% tinham o fundamental incompleto, 21,9% o ensino médio completo e 8,7% o ensino médio incompleto (Tabela 3). No período de 2008 a 2012, dos 691 acidentes, 15 (2,2%) constavam na ficha do SINAN como ignorados, ou seja, não se sabia a escolaridade do acidentado (Tabela 3).

**Tabela 3** – Distribuição dos acidentes de trabalho graves, em relação à escolaridade, no período de 2008-2012.

Escolaridade	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ens. Fund.Incompleto	76	45,5	98	49,2	74	61,2	54	52,9	54	52,9	356	51,5
Ens. Fund.Completo	19	11,4	19	9,5	1	0,8	6	5,9	6	5,9	51	7,4
Ens.Médio Incompleto	17	10,2	18	9	13	10,7	6	5,9	6	5,9	60	8,7
Ens.Médio Completo	33	19,8	47	23,6	19	15,7	26	25,5	26	25,5	151	21,9
Ens. Superior Incompleto	4	2,4	1	0,5	2	1,7	1	1,0	1	1,0	9	1,3
Ens. Sup. Completo	0	0,0	2	1,0	1	0,8	1	1,0	1	1,0	5	0,7
Pós-Graduado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Analfabeto	16	9,6	7	3,5	9	7,4	6	5,9	6	5,9	44	6,4
Ignorado	2	1,2	7	3,5	2	1,7	2	2,0	2	2,0	15	2,2

Segundo Gonçalves (2012), dos trabalhadores envolvidos nos acidentes de trabalho graves, 78,4% possuíam o ensino fundamental incompleto/completo ou ensino médio incompleto/completo.

Pode-se observar esse mesmo perfil em outras regiões do Brasil, onde os trabalhadores de baixa escolaridade são as vítimas mais comuns dos acidentes de trabalho graves (HENNINGTON; MONTEIRO, 2006), corroborando os dados desta pesquisa.

Em investigação realizada por Scussiato (2012), foi observado que há trabalhadores mais capacitados, com formação de ensino médio completo em 21% da amostra e apenas 10%

com ensino fundamental completo. Percebe-se no Paraná um mercado de trabalho mais exigente quanto à escolaridade, o que divergiu dos outros estudos demonstrados. Li *et al.* (2012), em sua pesquisa, ao explorar acidentes de trabalho no sul da China, também verificaram que a maioria dos trabalhadores tinha o ensino médio completo, de acordo com o encontrado neste estudo.

Dos 691 acidentes de trabalhos graves, 442 ocorreram em instalações do contratante, seguidos de 158 em via pública e 58 em domicílio próprio (Tabela 4).

**Tabela 4** – Distribuição dos acidentes de trabalho graves, de acordo com o local do acidente, no período de 2008-2012.

Local do acidente	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Instalação do contratante	75	44,9	146	73,4	83	68,6	69	67,6	69	67,6	442	64,0
Via pública	65	38,9	35	17,6	20	16,5	19	18,6	19	18,6	158	22,9
Instalação de terceiro	16	9,6	4	2,0	4	3,3	3	2,9	3	2,9	30	4,3
Domicílio próprio	11	6,6	13	6,5	14	11,6	10	9,8	10	9,8	58	8,4
Ignorado	0	0,0	1	0,5	0	0,0	1	1,0	1	1,0	3	0,4
Total	167	100,0	199	100,0	121	100,0	102	100,0	102	100,0	691	100,0

Na pesquisa de Gonçalves (2012), observa-se que os resultados de seu estudo confirmam os citados neste estudo, em que o local onde ocorrem acidentes é nas instalações do contratante (estabelecimento da empregadora), com 45,73%; a via pública, com 39,1%; e as instalações de terceiros (em empresa para a qual a empregadora presta serviço), com 13,2%.

A distribuição dos acidentes de trabalho graves, no período de 2008 a 2012, em relação à evolução do caso, teve como resultado, em sua maioria, uma evolução com um desfecho para a incapacidade temporária, com 91,6%, seguindo-se cura, com 3%, e incapacidade parcial, com 2,2%. Dos 691 acidentes, 8 (1,2%) casos foram a óbito por acidente de trabalho grave (Tabela 5).

**Tabela 5** – Distribuição dos acidentes de trabalho graves, de acordo com a evolução do caso, no período de 2008-2012.

Evolução do caso	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cura	7	4,2	0	0,0	0	0,0	7	6,9	7	6,9	21	3,0
Incapacidade temporária	150	89,8	190	95,5	119	98,3	87	85,3	87	85,3	633	91,6
Incapacidade parcial	7	4,2	3	1,5	1	0,8	2	2,0	2	2,0	15	2,2
Incapacidade total permanente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	1,0	2	0,3
Óbito por acidente grave	2	1,2	3	1,5	1	0,8	1	1,0	1	1,0	2	0,3
Óbito por outras causas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outro	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Ignorado	1	0,6	2	1,0	0	0,0	4	3,9	4	3,9	11	1,6
Total	167	100,0	199	100,0	121	100,0	102	100,0	102	100,0	691	100,0

Em estudo semelhante, verificou-se que, dos 4.354 trabalhadores acidentados, 2.455 (56,38%) sofreram incapacidade temporária, evidenciando que houve dias perdidos de trabalho e a gravidade dos acidentes; ressalta-se que quase 10% dos trabalhadores foi a óbito em razão do acidente (SCUSSIATO, 2012).

Os meses em que mais ocorreram acidentes de trabalho graves no período de 2008 a 2012 foram outubro, com 134 (19,4%), novembro com 74 (10,7%), e dezembro com 66 (9,6%).

Corroborando esta investigação no estudo realizado por Azevedo (2001), no ano de 1997, o maior índice de acidentes registrados aconteceu no mês de novembro, numa frequência relativa de 16,67%; nos anos de 1998 e 1999, ocorreram no mês de maio, com 18,99% e 16,67%, respectivamente, divergindo desta pesquisa.

No Brasil, várias pesquisas vêm focalizando acidentes de trabalho, apresentando não apenas estimativas de morbimortalidade, mas também fatores de risco e macro - determinante político - sociais, fundamentais para a compreensão das especi-

ficidades desses eventos, em nosso meio, e a promoção de ações efetivas. Os dados descritos nesta pesquisa demonstram que os acidentes causam um grande impacto sobre a produtividade e a economia do país, além de grande sofrimento para a sociedade.

## **Considerações finais**

Esta pesquisa traçou o perfil clínico-epidemiológico dos acidentes de trabalho graves, ocorridos no Município de Fortaleza no período de 2008 a 2012, notificados no SINAN. Neste estudo os agravos ocorreram com predominância em adultos jovens, entre 20 a 30 anos e do sexo masculino. Isto confirmou dados da literatura, o que indica a necessidade de elaboração de políticas públicas de prevenção com enfoque para esta população. Também foi relatado que os acidentes de trabalho graves são um grande problema de Saúde Pública, sobretudo considerando-se que os casos descritos neste estudo abrangem somente eventos registrados no Instituto Dr. José Frota - IJF, no período de 2008 a 2012: resta, então, que estes têm como consequências prejuízos econômicos (dias de trabalho perdidos), danos mentais, emocionais e sociais para os trabalhadores, suas famílias e para o País.

A maioria dos acidentes de trabalho graves acometeram trabalhadores com o fundamental incompleto e pertencentes à categoria de trabalhadores da produção industrial, operadores de máquinas, condutores de veículos e trabalhadores assemelhados, afetando trabalhadores com pouca qualificação e que se inserem em atividades monótonas, repetitivas e em ambientes de trabalho que oferecem maior risco de acidentes.

Em relação ao local onde ocorreu o acidente, a maioria foi nas instalações do contratante e na via pública e sendo típi-

cos. Dessa forma, se faz necessária a diminuição dos acidentes de trabalho graves, com suporte em uma mobilização, tanto por parte dos trabalhadores para que utilizem os equipamentos de proteção individual e coletiva, como das empresas, para que forneçam um ambiente laboral adequado e com equipamentos seguros, promovendo Educação em Saúde para a prevenção dos acidentes de trabalho e para a promoção da saúde dos seus colaboradores; e do Governo, para que sejam elaboradas políticas públicas mais eficazes que estimulem a prevenção, assim como mais fiscalização do ambiente laboral e do desenvolvimento das atividades.

Ao se iniciar a análise das fichas do SINAN, foi detectado o fato de que havia muitas que estavam com registros incompletos no banco de dados ou com preenchimentos claramente equivocados em alguma das variáveis a serem estudadas, totalizando 320 fichas excluídas da pesquisa.

Outro ponto importante a ser ressaltado, e que muito prejudica ao se traçar um perfil epidemiológico, é a presença dos campos “ignorado” e “outros”, o que impossibilita a caracterização da população estudada. Isto aponta o fato de que a qualidade das notificações ainda precisa melhorar e que os profissionais que realizam o preenchimento das fichas busquem registrar o maior número de dados possível, pois, somente assim, poderá ser adequadamente pensada uma atenção à saúde do trabalhador com melhor qualidade.

Dessa forma, deve-se investir em prevenção buscando conscientizar a população, por isso, o acidente do trabalho é uma responsabilidade social, uma vez que apresenta fatores negativos para a empresa, para o trabalhador e para a sociedade.

## Referências

ANUÁRIO BRASILEIRO DE PROTEÇÃO. Disponível em: <[http://www.protecao.com.br/materias/anuario\\_brasileiro\\_de\\_p\\_r\\_o\\_t\\_e\\_c\\_a\\_o\\_2013/nordeste/J9y4Ja](http://www.protecao.com.br/materias/anuario_brasileiro_de_p_r_o_t_e_c_a_o_2013/nordeste/J9y4Ja) data 31/10/2012>. Acesso em: 10 Nov 2013.

AZEVEDO, W.F. **Análise dos Acidentes de Trabalho na Construção Civil**: Subsetor Edificações em São Luís (MA) no Período de 1997 – 1999. 2001. 159 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Curso de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa, Turma Especial da Universidade Estadual do Maranhão, Florianópolis, 2001.

BAKHTIYARI, M.et al. Epidemiology of occupational accidents among Iranian insured workers. **Safety Science**, v. 50, n. 7, p. 1480-1484. 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2001a. 331p. (Coleção Saraiva de Legislação).

CONCEIÇÃO, P.S.A. et al . Acidentes de trabalho atendidos em serviço de emergência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 111-117, Jan.\ Fev. 2003.

CORREIA, T.I.G.; DA SILVA MARTINS, M.D.; DA SILVA, N.A.P. Acidentes de trabalho e suas repercussões num hospital ao Norte de Portugal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 217-225, Mar\Abril. 2012.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS E PESQUISAS DE SAÚDE E DOS AMBIENTES DE TRABALHO - DIESAT. **Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho**. Disponível em: << [http://www.diesat.org.br/arquivos/anuario\\_2009.pdf](http://www.diesat.org.br/arquivos/anuario_2009.pdf)>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

GONÇALVES, K.R. **Análise espacial dos acidentes de trabalho assentados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em uma capital brasileira**. 2012. 187f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Curso da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2012.

HENNINGTON, É.A.; CORDEIRO, R.; MOREIRA FILHO, D.C. Trabalho, violência e morte em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 610-617, Abr. 2004.

HENNINGTON, É.A.; MONTEIRO, M. O perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho no Vale dos Sinos e o sistema de vigilância em saúde do trabalhador. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 865-876, Out.\Dez. 2006.

IWAMOTO, H.H. et al. Acidentes de trabalho fatais e a qualidade das informações de seus registros em Uberaba, em Minas Gerais e no Brasil, 1997 a 2006. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 124, p. 208-215, 2011.

LI, L. *et al.* A descriptive epidemiological study on the patterns of occupational injuries in a coastal area and a mountain area in Southern China. **BMJ Open**, v. 2, n. 4, p. 1-7, Jun. 2012

MANGAS, R.M. do N.; GÓMEZ, C.M.; THEDIM-COSTA, S.M.F. Acidentes de trabalho fatais e desproteção social na indústria da construção civil do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.33, n.118, p.48-55, Jul.\Dez.2008.

RABELO, A.A.; MARTINS, F.B.G. Acidente do Trabalho- Responsabilidade Social. In: **ETIC- Encontro de Iniciação Científica**, 21-76-8498, v. 6. 2010.

SANTANA, V.S. et al. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1004-1012, Dez. 2006.

SANTANA, V.S. et al. Mortalidade, anos potenciais de vida perdidos e incidência de acidentes de trabalho na Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p.2643-52, Nov. 2007.

SCUSSIATO, L.A. **Caracterização dos acidentes de trabalho graves no Estado do Paraná**: uma contribuição da enfermagem. 2012. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Pará, Curitiba, 2012.

TEIXEIRA, M.L.P.; FISCHER, F.M. Acidentes e doenças do trabalho notificadas, de motoristas profissionais do Estado de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.22, n.1, p.66-78, Jan.\Jun. 2008.

WALDVOGEL, B. C. **Acidentes do Trabalho**: os casos fatais – a questão da identificação e da mensuração. 2002. 192p. Tese(Doutorado)-Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2002.

MONTEIRO, M.S.; SANTOS, E.V.; KAWAKAMI, L.S.; et al. O ensino de vigilância à saúde do trabalhador no Curso de Enfermagem. **Rev. esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n.2 , p. 306-3010, 2007.

## SOBRE OS AUTORES

**Adriano Rodrigues de Souza** – Enfermeiro. Especialista em Vigilância Epidemiológica. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutor em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Assessor técnico da Célula de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

**Alexandre Guimarães Bezerra Cavalcante** – Fisioterapeuta. Especialista em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde e em Saúde da Família e Comunidade. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará e da UNIFOR.

**Alina Albuquerque Luna** – Publicitária. Especialista em MBA em Marketing pela Faculdade de Tecnologia Darcy Ribeiro.

**Aline de Souza Pereira** – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Doutoranda em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Docente da Faculdade Nordeste (Fanor Devry) e do Centro Universitário Estácio do Ceará.

**Aline Veras Moraes Brilhante** – Médica. Residência em Ginecologia e Obstetrícia. Especialização em Psicoterapia Psicanalítica e Sexualidade. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Docente da UNIFOR.

**Álvaro Jorge Madeiro Leite** – Médico. Especialista em Pediatria. Mestrado em Epidemiologia pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Doutor em Pediatria pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente da Universidade Federal do Ceará (UFC).

**Ana Cléa Veras Camurça Vieira** – Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta. Especialista em Psicomotricidade Clínica e Educacional. Mestre em Educação em Saúde pela UNIFOR. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

**Ana Karina Monte Cunha Marques** – Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Cardio-Respiratória, Docência e Gestão do Ensino Superior e em Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulta. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Docente da Faculdade Nordeste (Fanor Devry) e da Faculdade Farias Brito.

**Ana Maria Fontenelle Catrib** – Pedagoga. Especialista em Metodologia do Ensino Superior e em Administração Universitária. Mestre em Educação pela UFC. Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Docente do Curso de Graduação e Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR. Docente do Doutorado em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Pesquisadora CNPq.

**Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante** – Enfermeira. Especialista em Saúde Pública e Atenção Básica à Saúde. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutoranda no Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Assessora Técnica - Secretaria do Estado da Saúde- Ceará e Enfermeira da Estratégia Saúde da Família - Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

**Ângela de Alencar Araripe Pinheiro** – Psicóloga. Mestre em Psicologia pela Universidade de Brasília. Doutora em Sociologia pela UFC. Docente Associada da UFC.

**Annatália Meneses de Amorim Gomes** – Assistente social e Psicóloga. Especialista em Saúde Pública, Gestão Pública, Psicodrama e Capacitação Gerencial de Dirigentes Hospitalares. Mestre em Educação em Saúde pela UNIFOR. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente do Mestrado Profissional Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Servidora pública da SESA.

**Camilla Pontes Bezerra** – Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFC. Doutora em Saúde Coletiva pela UFC. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará (ESTÁCIO FIC).

**Camila Santos do Couto** – Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatal. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Docente do curso de Graduação da UNIFOR.

**Carla Beatriz Moraes Duarte** – Educadora física.

**Carminda Maria Goersch Fontenele Lamboglia** – Educadora Física. Especialista em Fisiologia do Exercício, Atividade Física e Nutrição. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

**Caroline Soares Nobre** – Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatal. Mestre em Saúde Coletiva da UNIFOR. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UFBA.

**Ceci Vilar Noronha** – Socióloga. Mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Saúde Pública pela UFBA. Docente do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA com participação na Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

**Cláudia Sobral de Oliveira Uchôa** – Fonoaudióloga. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde e Saúde Pública. Mestre em Saúde Pública da UECE. Hospital Universitário Walter Cantídio e da Prefeitura Municipal de Maracanaú (CE).

**Crícia Maria Lima Pontes** – Discente do curso de Medicina da UNIFOR.

**Cristiane Silvestre Paula** – Psicóloga. Mestre em Psiquiatria e Psicologia Médica pela UNIFESP. Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica pela UNIFESP. Pós-doutorado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Servidora pública da UNIFESP. Docente da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

**Danielle Malta Lima** – Biomédica. Mestre e doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Pós-doutora em Ciências Médicas. Docente da UNIFOR. Docente de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

**Déborah Danna da Silveira Mota** – Enfermeira. Residente de Pediatria do Hospital Infantil Albert Sabin pela Escola de Saúde Pública do Ceará (Residência Integrada em Saúde - RIS/ESP/CE).

**Deborah Pedrosa Moreira** – Enfermeira. Especialista em Educação à Distância. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS).

**Fátima Luna Pinheiro Landim** – Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem Comunitária pela UFC. Pós-doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará (FIC) e Faculdade do Vale do Jaguaribe (FVJ).

**Geisy Lanne Muniz Luna** – Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela UECE. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR.

**Gerarda Maria Araujo Carneiro** – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS).

**Gracyelle Alves Remigio Moreira** – Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

**Ilvana Lima Verde Gomes** – Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Saúde Comunitária pela UFC. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Docente da UECE. Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, SESA.

**Isabel Altenfelder Santos Bordin** – Médica. Especialista em Saúde Mental na Infância e Adolescência pela UNIFESP. Especialista em Psiquiatria pela UNIFESP. Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência pela UNIFESP. Especialista em Child Psychiatry pela New York University. Mestre em Psiquiatria pela UNIFESP. Mestre em Medical Sciences pela McMaster University. Doutora em Psiquiatria pela UNIFESP. Servidora Pública da UNIFESP.

**Isabella Lima Barbosa** – Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. Especialista em Programa Saúde da Família e em Obstetrícia. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Doutora em Saúde Coletiva pela Ampla Associação UECE/UFC/UNIFOR. Docente da Faculdade Nordeste (Fanor Devry), do Centro Universitário Estácio do Ceará (FIC) e do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS).

**Ivna Zaira Figueredo da Silva** – Fisioterapeuta. Especialista em Vigilância Epidemiológica. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Assessora de Planejamento da Secretaria de Saúde de Quixadá, Conselheira do Conselho Municipal de Saúde e do Conselho Municipal da Assistência Social – Quixadá. Docente da Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS).

**José Reginaldo Pinto** – Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública e em Auditoria em Sistemas e Serviços de Saúde. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Enfermeiro da 11ª CRES/ SOBRAL-CE da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA).

**Juliana Guimarães e Silva** – Enfermeira. Especialista em Emergência. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Doutora em Saúde Pública pela Fiocruz. Pós-Doutoranda pela Universidade de Fortaleza. Docente e Pesquisadora Colaboradora pela Universidade de Fortaleza.

**Kellyane Pereira** – Acadêmica de graduação do curso de Letras da Universidade Federal do Ceará. Possui experiência em Letras, com ênfase em Letras Espanhol. É professora de Literaturas em língua portuguesa para alunos de ensino médio e língua espanhol em curso de língua. Participa de grupo de estudos em Literaturas Africanas em língua portuguesa e do Grupo de Estudos em Residualidade Literária.

**Keyla Rejane Frutuoso de Moraes** – Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia na reeducação da motricidade. Especialista em Acunputura e Eletroacupuntura, Docência e Gestão do Ensino Superior e em Terapia Intensiva para Fisioterapeutas e Enfermeiros. Mestre em Saúde Coletiva da UNIFOR. Docente da FANOR/Devry. Hospital Geral de Fortaleza.

**Kerma Márcia Freitas** – Enfermeira. Especialista em Saúde da Mulher, Serviço de Enfermagem em Saúde da Família e Metodologia em Docência do Ensino Superior. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado. Secretaria Municipal de Saúde de Icó/Ce.

**Layna Tayaná da Silva Pontes** – Enfermeira. Hospital São Mateus.

**Leônidas de Oliveira Neto** – Educador Físico e Fisioterapeuta. Especialista em Neuroreabilitação. Mestrando em Educação Física pela UFRN. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Coordenador do curso de Educação Física da Faculdade Maurício de Nassau.

**Lídia Andrade Lourinho** – Fonoaudióloga. Psicopedagoga, Mestre em Educação em Saúde e Doutora em Saúde Coletiva pela Ampla Associação UECE/UFC/UNIFOR.

**Lívia de Andrade Marques** – Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Mestranda em Saúde Pública pela UFC. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

**Luciana Vilma Oliveira Quintino Amaral** – Enfermeira. Especialista em Enfermagem Medico-Cirúrgica. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Enfermeira do Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição e no Serviço de Radiologia do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará.

**Ludmila Fontenele Cavalcanti** - Assistente Social e Advogada. Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Doutora em Ciências pelo Fiocruz. Pós-Doutora pela Universidade de Fortaleza. Docente da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Coordenadora do Núcleo de Políticas Públicas, Indicadores e Identidades. Pós-doutoranda do Programa de Saúde Coletiva da UNIFOR.

**Luiza Jane Eyre de Souza Vieira** – Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFC. Pós-Doutoranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação do Instituto em Saúde Coletiva-ISC/UFBA. Docente da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR. Docente do Doutorado em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Pesquisadora CNPq.

**Luiza Luana de Araújo Lira** – Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (COREN-CE). Enfermeira da CCIH do Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição. Docente da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF). Coordenadora do Núcleo de Aperfeiçoamento dos Profissionais de Enfermagem (NAPEN) do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (COREN-CE).

**Márcia Maria Tavares Machado** – Enfermeira. Mestre e Doutora em Saúde Pública pela UFC. Pós-Doutorado na Harvard School of Public Health. Docente do Programa da Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Docente da Universidade Federal do Ceará. Pro-Reitora de Extensão Universitária da UFC.

**Maria Alix Leite Araújo** – Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela UFC. Doutora em Enfermagem pela UFC. Pós-Doutora pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

**Maria Veraci Oliveira Queiroz** – Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFC. Pós-Doutora pela Universidade de Fortaleza. Docente da UECE. Enfermeira do Ministério da Saúde lotada no Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Hospital Geral de Fortaleza. Bolsista de Produtividade em Pesquisa CNPq.

**Maria Vieira de Lima Saintrain** – Cirurgiã-Dentista. Especialista em Gerontologia pela Universidade Federal do Ceará. Mestre em Santé Publique - Université Libre de Bruxelles. Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Docente da UNIFOR.

**Maryna Vasconcelos de Oliveira Vicente** – Enfermeira. Especialista em Gestão, Auditoria e Perícia em Sistemas de Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Coordenadora da Central de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria do município de Paraipaba-CE.

**Mayara Kelly Moura Ferreira** – Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará e Universidade Aberta do SUS.

**Mirna Albuquerque Frota** – Enfermeira. Especialização em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFC. Pós-

Doutorado em Saúde Coletiva pelo ISC/UFBA. Docente do Curso de Graduação e do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR.

**Natália Bitar da Cunha Olegário** – Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Respiratória e Cardiovascular. Mestre em Saúde Coletiva da UNIFOR. Docente da Faculdade de Tecnologia Intensiva. Prefeitura Municipal de Fortaleza.

**Paula Pessoa Monteiro** – Fisioterapeuta. Especialista em fisioterapia neurológica funcional pela UNIFOR. Especialista em Fisioterapia Dermato- Funcional pela UNIFOR. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR.

**Patrícia Moreira Costa Collares** – Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Respiratoria e Cardiovascular. Especialista em Docência e Gestão do Ensino Superior. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Docente da UFC.

**Poliana Hilário Magalhães** – Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Mestranda em Saúde Coletiva pela UNIFOR.

**Rafaela Oliveira de Sales** – Enfermeira. Especializanda em Gestão, Auditoria e Perícias em Sistemas de Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

**Raimunda Magalhães da Silva** – Enfermeira. Especialista em Saúde da Mulher, Enfermagem do Trabalho e Metodologia do Ensino e da Assistência de Enfermagem. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio

de Janeiro. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Pós-doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Docente do Curso de Graduação e do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR. Docente do Doutorado em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Pesquisadora CNPq.

**Renata Carneiro Ferreira** – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Docente da UNIFOR.

**Renê de Caldas Honorato** – Educador Físico. Especialista em Fisiologia Clínica do Exercício pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestrando em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

**Ricardo Hugo González** – Educador Físico. Especialista em Atividades Aquáticas. Mestre em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutorando em Saúde Coletiva pela Ampla Associação UECE/UFC/UNIFOR. Docente do Instituto de Educação Física e Esportes da UFC.

**Ricardo José Soares Pontes** – Médico. Especialista em Saúde Pública. Médico Residente pela Universidade de São Paulo. Mestrado e Doutorado em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). Pós-Doutorado em Harvard University. Epidemiologista e Professor Associado do Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina da UFC. Coordenador do Doutorado em Saúde Coletiva pela Ampla Associação UECE/UFC/UNIFOR.

**Roger Flores Ceccon** – Enfermeiro. Especialista em Gestão de Serviços de Saúde e em Interdisciplinaridade. Mestre e

doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Secretaria de Saúde de Porto Alegre.

**Rosendo Freitas de Amorim** – Licenciado em Filosofia e História. Especialista em Lógica Dialética. Mestre e Doutor em Sociologia pela UFC. Assessor Técnico da Secretaria de Educação do Estado do Ceará (SEDUC). Docente do Programa de Pós-Graduação da Universidade de Fortaleza.

**Samira Valentim Gama Lira** – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Pós-doutoranda pela Universidade Federal da Bahia, UFBA, Brasil. Docente do Curso de Enfermagem da UNIFOR.

**Sarah Vieira Figueiredo** – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutoranda em Saúde Coletiva pela UECE. Enfermeira do Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara.

**Stela Nazareth Meneghel** – Médica. Especialista em Saúde Pública. Especialista em Terapia Familiar. Médica Residente pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente (SSMA). Mestre e doutora em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pós-doutora em Psicologia Social da Universidade Autônoma de Barcelona. Docente da UFRGS.

**Suzanne Vieira Saintrain** – Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Dermato-Funcional. Especializanda em Fisioterapia na UTI pela Universidade de Fortaleza.

**Zélia Maria Sousa Araujo Santos** – Enfermeira e Administradora. Especialista em Hipertensão Arterial. Mestre em Enfermagem Clínico Cirúrgica pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutora em Enfermagem Universidade Federal do Ceará (UFC). Pós-doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Docente do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (PPGSC/UNIFOR).