

**Repertórios e Sentidos sobre a notificação compulsória
de casos de violência contra crianças e adolescentes no
município de Goiânia - Goiás**

Lucinéia Schuster

Lenise Santana Borges

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Goiânia, 2015

**Repertórios e Sentidos sobre a notificação compulsória
de casos de violência contra crianças e adolescentes no
município de Goiânia - Goiás**

Lucinéia Schuster

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Dissertação apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como exigência parcial para obtenção de título de MESTRE em Psicologia, sob a orientação da prof^a. Dr^a. Lenise Santana Borges.

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Goiânia, 2015

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Schuster, Lucinéia.

S395r Repertórios e sentidos sobre a notificação compulsória de casos de violência contra crianças e adolescentes no município de Goiânia - Goiás [manuscrito] / Lucinéia Schuster – Goiânia, 2015. xi, 93 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, 2015.

“Orientador: Prof. Dr. Lenise Santana Borges”.

Bibliografia.

1. Violência contra os adolescentes. 2. Crianças – Maus-tratos
3. Política pública. I. Título.

CDU 364.632-053.2(043)

Banca Examinadora

Data da Avaliação: **03/03/2015**

Dra. Lenise Santana Borges (PUC/Goiás)
Orientadora

Dra. Sônia Margarida Gomes Sousa (PUC/Goiás)
Membro Interno

Dra. Cristina Vianna Moreira dos Santos (UNIP/Goiânia)
Membro Externo

Dra. Vannúzia Leal Andrade Peres (PUC/Goiás)
Membro Suplente

Dedicatória

Aos meus pais, que me ensinaram a nunca desistir...

AGRADECIMENTOS

Escrever uma dissertação de Mestrado é uma experiência enriquecedora e de plena superação. Nesse longo caminho percorrido, várias pessoas estiveram comigo, direta ou indiretamente, e compartilharam de alegrias, angústias, medos e superações. E é a essas pessoas que gostaria de agradecer:

A Deus, pelo dom da vida.

A minha família, pelo companheirismo e incentivo nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais Lucia e Luiz, responsáveis por cada sucesso obtido e cada degrau avançado. Por acreditarem em meus sonhos e por sonhá-los junto comigo. Vocês são meus grandes exemplos de força, de coragem, perseverança para nunca desistir diante do primeiro obstáculo encontrado.

Ao meu namorado, Juvenildo Júnior, pelo amor, incentivo, pelas vibrações com as minhas conquistas e pelo amparo em cada momento difícil.

A minha irmã Luciana, pelo companheirismo nesses incontáveis dias solitários em Goiânia, pelo incentivo e carinho. Por aguentar meu estresse e mau humor nesse período de escrita. E é claro, pela valiosa correção desse texto.

A minha irmã Lucimara e meu cunhado Juliano, pelo apoio e carinho em todos os momentos. Mesmo distante fisicamente, estão sempre presentes nas minhas conquistas.

Aos meus sobrinhos Lucas e Luiz Antônio, por iluminarem e alegrarem a minha vida. Por me incentivarem e inspirarem, em vários momentos, durante a construção desse trabalho.

A minha orientadora Dra. Lenise Santana Borges, pela paciência e dedicação. Por compartilhar toda a sua experiência e pelos valiosos ensinamentos teóricos e metodológicos. Minha imensa gratidão, respeito e afeto.

Aos colegas do Grupo de Estudos Construção de Fatos Sociais, pela acolhida carinhosa e pelas inúmeras discussões teóricas que tanto contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal. Especialmente a Ednalva e Vanessa, por me privilegiarem com o aprendizado mais precioso, o da amizade.

Às professoras Dra. Cristina Vianna Moreira dos Santos e Dra. Sônia Margarida Gomes Sousa pelas valiosas contribuições na etapa de qualificação dessa dissertação e por aceitarem o meu convite para participar da defesa. Sinto-me extremamente honrada com a presença de vocês nesse momento tão especial.

Aos meus amigos, pelo apoio, incentivo e pelos lindos sorrisos. Obrigada pelos momentos de descontração, tão necessários nessa caminhada, afinal quem tem amigos, nunca está só.

À Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, por abrir as portas para a realização dessa pesquisa, especialmente a Cida Alves, pelo apoio irrestrito.

A todo corpo docente e aos servidores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Goiás, pela competência e disposição em compartilhar experiências.

E a todas as pessoas que fizeram parte desta caminhada, que eu não citei aqui, mas que de uma maneira ou de outra contribuíram para essa conquista.

Amo vocês. Obrigada por tudo. Essa vitória também é de vocês.

Schuster, L. (2015). *Repertórios e Sentidos sobre a notificação compulsória de casos de violência contra crianças e adolescentes no município de Goiânia - Goiás*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Goiás: Goiânia.

RESUMO

O Estatuto da Criança e do Adolescente, promulgado em 1990, traz a perspectiva de atenção integral às crianças e aos adolescentes. Para que se concretize em nossa sociedade, foram criadas políticas públicas com o objetivo de preservar os direitos dessa população, sobretudo quando são vítimas de violência. A implementação dessas políticas prevê o estabelecimento de normas técnicas e procedimentos para a orientação dos/as profissionais no que se refere à notificação e registro dos casos de violência, como medida inicial para o atendimento de proteção às vítimas de violência e às suas famílias. Partindo desse contexto, o objetivo deste trabalho é compreender os sentidos sobre violência, contra crianças e adolescentes, atribuídos por psicólogas que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa em Psicologia Social, com foco nos questionamentos dos atores sociais, tal como estes vivem no cotidiano. Tem como metodologia de análise as Práticas discursivas e Produção de sentidos no cotidiano, fundamentando-se no referencial teórico do Construcionismo Social. A pesquisa foi realizada na cidade de Goiânia-Goiás, e tem como fontes de informação documentos de domínio público e entrevistas. A análise revela que as profissionais compreendem o caráter multifacetado e multicausal da violência, porém isso não tem sido suficiente para a conscientização do ato de notificar. Outro ponto que deve ser destacado é que as capacitações acontecem, porém não são contínuas e a participação das profissionais de psicologia é bastante irregular. Isso traz como consequência problemas na efetivação das políticas públicas, bem como a falta de qualificação para lidar com os casos de violência no trabalho.

Palavras-chave: violência contra crianças e adolescentes, ficha de notificação, políticas públicas, construcionismo social.

Schuster, L. (2015). *Case studies and Recommendations on the compulsory notification of cases of violence against children and adolescents in the Municipality of Goiania – Goiás*. Dissertation. (Psychology Master's Degree). Pontifícia Universidade Católica de Goiás: Goiânia.

ABSTRACT

The Statute of children and adolescents, was promulgated in 1990, aiming full time attention on children and adolescents. So that this Statute becomes reality in our society, public policies were created, with the objective in preserve and reinforce the rights of the population, above all, in instances where they become victims of violence. The implementation of these policies foresee the stabilishment of technical norms and procedures to guide professionals on how to properly notify and register the cases of violence. This has been done as an initial measure for the treatment and protection of victims of violence and their families. From this context, the main objective of this work is to understand the overview on violence against children and adolescents, which are attributed by psychologists currently working at the Municipal Department of Health of Goiania. It is a qualitative research in social psychology, focusing on questioning social acts such as the ones experienced on everyday life. It's methodology is to analyse the practical discursive and daily occurrence with bases on theoretical referential of social constructionism. This research was conducted in Goiania city, and its content has been based on documents of public domain that encompasses thematic observations and interviews. The analysis reveals that these professionals understand the multifaceted process and the variety of causes resulting on violence. However all these factors did not sufficed the awareness of the importance of the notification of these cases. Another point to be highlighted is that the capacitation of these professionals are in place, however they are not continuous and the participation of the professionals of psychology is often irregular. The consequences of these are the inefficiency of the public policies, as well as the proper qualification to handle the cases of violence.

Key words: violence against children and adolescents, public policies, social constructionism.

SIGLAS UTILIZADAS

CAIS – Centro de Assistência Integral a Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEDECA – Centro de Defesa da Criança e do Adolescente

CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DE – Divisão de Epidemiologia

DS – Distrito Sanitário

DVVPS – Divisão de Vigilância às Violências e Promoção da Saúde

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

IES – Instituição de Ensino Superior

MS – Ministério da Saúde

NPVPS – Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PUC Goiás – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UCG – Universidade Católica de Goiás

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Número e porcentagem de atendimentos de crianças e adolescentes	18
Quadro 2. Lista de Documentos Oficiais	42
Quadro 3. Lista de Artigos	46
Quadro 4. Demonstrativo do Perfil das profissionais	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Notificações de Violências em Goiânia por ano	56
Gráfico 2. Notificações de Violências contra Crianças e Adolescentes em Goiânia por ano	57

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	1
CAPÍTULO 1: PERCURSOS DA PESQUISA	6
1.1 O encontro com o tema	6
1.2 Os pressupostos Teóricos e Epistemológicos	8
1.3 Os Percursos Metodológicos	9
1.3.1 Pesquisa Bibliográfica	10
1.3.2 Pesquisa Documental	10
1.3.3 Entrevistas	11
1.3.4 Procedimentos para a realização das entrevistas	15
CAPÍTULO 2: A PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA	16
2.1 A Violência contra Crianças e Adolescentes	17
2.2 Breve contextualização histórica sobre os modos de entender a violência contra crianças e adolescentes	19
2.3 Políticas Públicas como uma ação em rede	23
CAPÍTULO 3: A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA PARA CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE VIOLÊNCIA	30
3.1 A Construção coletiva da Notificação	30
3.2 O cenário municipal e o fluxo da notificação	35
3.3 Passos para o preenchimento da Ficha de Notificação	36
3.4 Os desafios cotidianos dos/as profissionais da saúde no preenchimento da Ficha de Notificação	38
CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4.1 Análises dos documentos	41

4.2 Análises das entrevistas	49
4.2.1 Conhecendo as entrevistadas	50
4.3 Repertórios e sentidos sobre Violência	51
4.4 Repertórios e sentidos sobre a Notificação	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICES	81
Apêndice 1: Lista de Teses e Dissertações	82
Apêndice 2: Roteiro da Entrevista Semiestruturada	83
Apêndice 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	85
ANEXOS	87
Anexo A: Declaração de Anuência da SMS de Goiânia	88
Anexo B: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	89
Anexo C: Ficha de Notificação Compulsória	92

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta pesquisa integra o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Processos Psicossociológicos do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) e aborda os sentidos sobre violência contra crianças e adolescentes atribuídos por profissionais psicólogas.

O fenômeno da violência é visto, muitas vezes, como algo inerente à natureza humana. Em uma perspectiva construcionista, a história de tal fenômeno seria, na verdade, incerta e poderia ter sido escrita de outra forma.

Ao escolher a perspectiva construcionista, buscamos a desconstrução da violência como ela é, ou seja, problematizamos a forma como ela é vista (Camargo Jr, Rohden e Cáceres, 2009).

Na pesquisa socioconstrucionista, partimos do pressuposto de que o conceito de violência não é um fenômeno natural, por isso deve ser problematizado para ser compreendido. Iñiguez (2003) salienta que as verdades existentes, tidas como prontas e acabadas devem ser questionadas. Hacking (2001), por sua vez, apresenta um ponto de partida que une todas as compreensões da postura construcionista, o qual pode ser resumido da seguinte forma: para que um fenômeno social qualquer (X) exista, não precisaria ter existido anteriormente, ou ser exatamente como é no momento presente; não está determinado pela natureza das coisas; e não é inevitável. Ao formular essa tese, Hacking (2001) problematiza a forma de olhar o mundo, colocando todos os tópicos abertos à desconstrução.

Ao problematizar um determinado fenômeno (X), Hacking (2001) enfatiza que a investigação construcionista deve ser crítica em relação ao *status quo* e deve, ademais, colocar em cheque a naturalização dos fatos sociais.

Transpondo a tese construcionista de Hacking ao contexto do fenômeno da

violência, chega-se à formulação seguinte: não era necessário que a noção de violência existisse, ou não é necessário que seja como é. A noção de violência tal como é no momento atual, não está determinada pela natureza das coisas, não é inevitável; a noção de violência é bastante ruim, tal como é; seria muito melhor se a noção de violência fosse eliminada, ou pelo menos radicalmente transformada; na atual situação, supondo a existência da noção de violência, esta noção parece ser inevitável.

Dados do Mapa da Violência (Waiselfisz, 2012), apontam as causas externas, isto é, acidentes e violências, como responsáveis por 608.462 mortes de crianças e adolescentes entre 1981 e 2010 no Brasil. Em 1980, as mortes por esses motivos representavam 6,7% do total de óbitos na faixa etária de 1 a 19 anos. Em 2010, o número elevou-se de forma preocupante, atingindo o patamar de 26,5%. Só para se ter ideia da gravidade da situação, a segunda causa de mortes nessa faixa etária, que são as neoplasias e tumores, representam 7,8%; e a terceira, doenças do aparelho respiratório, representam 6,6% (Waiselfisz, 2012).

Diante do exposto e devido à preocupação com a preservação dos direitos das crianças e dos adolescentes e com a promoção da saúde da população em geral, foram criadas políticas públicas com o objetivo de assegurar a garantia dos direitos humanos fundamentais.

Para a implementação dessas políticas, foram estabelecidas normas técnicas e procedimentos rotineiros para a orientação dos/as profissionais no que se refere à notificação e ao registro dos casos de violência contra crianças e adolescentes. Tais normas e procedimentos seriam as medidas iniciais do atendimento de proteção às vítimas e às suas famílias (Brasil, 2002).

As políticas públicas, segundo Resende (2012), dizem respeito à intervenção intencional do governo, que busca regular relações, definir diretrizes e estabelecer planos ou projetos que administrem os interesses coletivos.

Nessa pesquisa, orientada pelas lentes socioconstrucionistas, entendemos as políticas públicas como produtos sociais heterogêneos de atores que estão em constante interação. Como os produtos são heterogêneos, referem-se a vários elementos humanos e não humanos que deixam de ser meros intermediários para se tornarem promotores da ação.

Em nosso trabalho, destacamos como atores não humanos as políticas públicas do Governo Federal, Estadual e Municipal e dentro delas os documentos de domínio público – documentos escritos e produzidos para uso público. Segundo Latour (2012), os atores não humanos deixam de ser apenas artefatos na pesquisa e passam a participar das ações nas situações cotidianas provocando transformações, assim como os atores humanos. Em nossa pesquisa, os atores humanos são as psicólogas¹ que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS).

O Ministério da Saúde - MS (Brasil, 2002) esclarece que quando há alguma suspeita de violência, cabe aos profissionais da saúde a obrigação de notificar tal ocorrência. No entanto, na prática do dia a dia não é isso o que acontece. Uma das razões para a não notificação tem sido a falta de capacitação eficaz dos/as profissionais para que possam trabalhar adequadamente com essa temática. Essa dificuldade não está vinculada a uma ou outra profissão, mas sim a diversas áreas profissionais.

Diante do exposto, surgem as seguintes perguntas: como tem sido o processo de formação dos/as profissionais, especificamente dos/as psicólogos/as, que atuam nos serviços voltados ao atendimento dos casos de violência contra crianças e adolescentes? Como os/as profissionais compreendem o conceito violência? Que repertórios utilizam nessa conceitualização? O que pensam sobre o sistema de notificação?

Para responder a essas questões, escolhemos como aportes teóricos a psicologia

¹ Como as participantes da pesquisa foram somente mulheres, referimo-nos a elas sempre no feminino.

social construcionista, a metodologia das práticas discursivas para a análise dos documentos e das entrevistas, e a Teoria Ator-Rede como um elemento transversal para entender que as realidades, além de linguísticas, são múltiplas e performadas.

Os aspectos expostos anteriormente estão organizados nessa dissertação em cinco capítulos.

O primeiro capítulo é destinado a apresentar o delineamento teórico e epistemológico do presente trabalho, os caminhos iniciais percorridos por mim como pesquisadora e a minha decisão de abordar esse tema tão debatido nos dias atuais. Partindo da perspectiva construcionista, que propõe uma reflexão crítica acerca da produção do conhecimento e do entendimento de determinados fenômenos, abordaremos ainda a importância da linguagem como ação. Apresentaremos também, os percursos metodológicos utilizados nesse estudo, a saber: a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental e as entrevistas realizadas no decorrer do trabalho. Nesse capítulo, também enfatizaremos as práticas discursivas, que constituem o foco central das análises na postura construcionista, pois consideram a linguagem como ação e, segundo as ideias de Spink e Medrado (2013), é a partir delas que as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações sociais cotidianas.

No segundo capítulo, compreenderemos a construção da noção de violência contra crianças e adolescentes nas políticas públicas no Brasil e entenderemos também o processo de inclusão dessa população na agenda governamental.

O terceiro capítulo tem como foco a conceitualização do termo notificação e a contextualização do surgimento da ficha de notificação compulsória para casos suspeitos ou confirmados de violência. Em outras palavras: a história da elaboração e implementação dessa ficha no Brasil e no município de Goiânia e como o/a psicólogo/a se coloca em relação a essa norma.

No quarto capítulo, apresentaremos os repertórios e os sentidos produzidos a partir dos documentos de domínio público e das entrevistas.

Por fim, são feitas as considerações finais sobre o trabalho realizado.

CAPÍTULO 1: PERCURSOS DA PESQUISA

1.1 O encontro com o tema

A construção de um objeto de pesquisa não é uma tarefa fácil, são muitas questões que perpassam o caminho do/a pesquisador/a, muitos autores/as, experiências e histórias que vão se entrecruzando no caminho que deve ser percorrido durante a pesquisa.

O meu interesse em estudar o tema da violência contra crianças e adolescentes vem desde a graduação em psicologia, porém a aproximação com a área da Psicologia Social e seus diversos/as autores/as possibilitou uma imersão mais aprofundada na questão².

No ano de 2012, comecei a trabalhar na Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Água Boa, estado de Mato Grosso, onde pude ter maior contato com a temática mencionada, pois era a psicóloga responsável pelos atendimentos de casos de violência contra crianças e adolescentes do Núcleo de Prevenção à Violência.

Água Boa é uma cidade do interior de Mato Grosso, com aproximadamente 22.000 habitantes e com grande movimento migratório. Os casos de violência contra crianças e adolescentes estavam em franca expansão e o que mais me intrigava era a dificuldade dos/as profissionais da saúde, especialmente os psicólogos/as, em diagnosticar e notificar tais casos de violência. Foi nessa primeira experiência profissional, que a questão da violência contra crianças e adolescentes, especificamente o preenchimento da ficha de notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes, tornou-se o foco do meu interesse.

No início da pesquisa, pretendia entender o que os/as profissionais de saúde, de forma geral, compreendiam sobre a violência contra crianças e adolescentes; como

² De acordo com o Manual das Normas da APA, elaborado pelo Centro de Estudos, Pesquisas e Práticas Psicológicas (CEPSI) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, o trabalho deve ser escrito de forma impessoal. Mas em respeito à abordagem teórica e metodológica adotada para a elaboração deste trabalho e para expressar melhor a minha trajetória de pesquisa irei escrever esse subtópico na primeira pessoa do singular.

aconteciam as capacitações e como eles/as compreendiam as políticas públicas relacionadas a tal temática. Com o aprofundamento do meu estudo, a escolha do local a ser pesquisado, as muitas conversas com a minha orientadora e também devido a minha formação acadêmica, resolvi investigar o universo dos/as psicólogos/as que estavam lidando diretamente com essa temática.

Para entender um pouco mais sobre o contexto a ser pesquisado, primeiramente entrei em contato com a psicóloga Maria Aparecida Alves da Silva, integrante da Divisão de Vigilância às Violências e Promoção da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, que explicou-me os procedimentos para ter acesso ao local e realizar a pesquisa. Com todos os documentos em mãos, inclusive uma cópia do Projeto de Pesquisa, requeri autorização à Escola Municipal de Saúde Pública, da Prefeitura Municipal de Goiânia, para realizar os estudos em algumas unidades de saúde. Alguns dias depois, recebi o parecer favorável para a realização da pesquisa nas unidades previamente selecionadas (Anexo A). Depois deste aceite, encaminhei o projeto para a avaliação do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, cujo parecer também foi favorável (Anexo B). Com a aprovação nesses dois níveis, comecei a convidar os psicólogos/as das unidades selecionadas para participar da pesquisa.

O presente estudo, portanto, atendeu as orientações do Conselho Federal de Psicologia, conforme a Resolução nº 016, de 20 de dezembro de 2000, que dispõe sobre a pesquisa em Psicologia com seres humanos (Brasil, 2000a). Além disso, atendeu a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012), de acordo com o parecer nº 570.960 consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (Anexo B).

1.2 Os Pressupostos Teóricos e Epistemológicos

A pesquisa fundamenta-se na perspectiva construcionista da Psicologia Social, a qual procura questionar as verdades ditas como “prontas”, ou seja, como afirma Hacking (2001), a investigação sobre construção social é uma crítica ao *status quo*. Segundo o autor, adotar uma postura construcionista é, entre outras, adotar uma forma desnaturalizadora de entender os fenômenos e a sua construção, significa romper com questões que estão estabelecidas e essencializadas na nossa cultura. Devido a isso, para Hacking (2001), os questionamentos de uma pesquisa devem voltar-se, primeiramente, para o seu significado de existência, isto é, deve-se buscar saber o real objetivo das verdades mantidas nas experiências que construímos socialmente e compreender o objeto de estudo como pertencente a um mundo de ideias que não nascem no vazio.

Para quem trabalha na perspectiva construcionista, a linguagem tem um papel crucial para a compreensão dos fenômenos apresentados. Spink e Medrado (2013) enfatizam que a linguagem é uma prática social, dialógica, cujo foco de análise, no contexto das práticas discursivas, volta-se para a linguagem em uso.

Para o enfoque construcionista, a linguagem é ação; as práticas discursivas podem ser definidas como linguagem em ação, ou seja, o modo a partir do qual as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações cotidianas.

O sentido, de acordo com Spink (2004), é entendido como:

[u]ma construção social, como um empreendimento coletivo por meio do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (p.34).

As práticas discursivas são o foco central da análise no construcionismo. Envolve ações, seleções, escolhas, linguagens, contextos, uma variedade de produções sociais das

quais são expressão. Dessa forma, constituem um caminho privilegiado para entender o processo de produção de sentidos no cotidiano (Spink e Frezza, 2013). Por meio delas, é possível conhecer os sentidos conferidos à violência pelos/as profissionais, os quais norteiam as práticas realizadas por eles/as nos atendimentos de crianças e adolescentes, vítimas de violência.

Para tanto, foram utilizados como recursos metodológicos as entrevistas e diversas fontes de informação, denominadas documentos de domínio público, que, segundo P. Spink (2013) são produtos sociais tornados públicos, cuja intersubjetividade é resultado de uma interação com o outro.

Considerando o exposto, o objetivo geral desse trabalho é compreender os sentidos atribuídos pelos/as profissionais psicólogos/as à violência contra crianças e adolescentes. Já os objetivos específicos são: compreender as formas de se falar de violência contra crianças e adolescentes por parte dos/as profissionais psicólogos/as; identificar os repertórios utilizados pelos/as profissionais psicólogos/as sobre a ficha de notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes; e identificar se existem capacitações e como os/as profissionais são capacitados/as para trabalhar com as políticas públicas implantadas pelo Governo Federal.

1.3 Os Percursos Metodológicos

Os percursos metodológicos dessa pesquisa conduzem-na na busca da compreensão dos sentidos que se produzem e são produzidos através de materialidades. Nesse trabalho, as materialidades são o universo de textos escritos que se organizam e são denominados como documentos de domínio público e também as entrevistas realizadas com as profissionais.

1.3.1 Pesquisa Bibliográfica

A pesquisa bibliográfica foi feita nas bases de dados Scielo, CAPES, Portal da PUC Goiás, blog da Professora Mary Jane Spink e nas referências dos artigos e pesquisas destas bases de dados, os quais abordavam o tema desse estudo.

A busca foi feita a partir dos seguintes descritores: psicologia social, violência contra crianças e adolescentes, políticas públicas e ficha de notificação.

Apresentaremos no capítulo 5, os artigos encontrados no banco de periódicos do Scielo e no Portal de periódicos da PUC Goiás que mais se aproximaram dos objetivos de nossa pesquisa, após a leitura de seus resumos.

Realizamos também um levantamento no Banco de Teses e Dissertações da CAPES, no Banco de Teses e Dissertações da PUC Goiás, no blog da professora Dra. Mary Jane Spink (<http://maryjanespink.blogspot.com.br/>) e em fontes complementares retiradas de outras referências (Apêndice 1).

1.3.2 Pesquisa Documental

A pesquisa documental da presente dissertação incluiu o levantamento das leis, portarias, decretos, informativos, manuais e demais documentos sobre as políticas públicas relacionadas à violência contra crianças e adolescentes no Brasil.

Apresentaremos, no capítulo 5, os documentos encontrados que mostram alguma relação, direta ou indireta, com o debate sobre a violência contra crianças e adolescentes. A busca desses documentos oficiais foi feita em sites, como, por exemplo, a Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde e o Portal da Legislação da Presidência da República.

Foram levantados também, dados presentes nas Fichas de Notificação Compulsória disponibilizadas pelo DVVPS.

1.3.3 Entrevistas

A entrevista é uma prática em pesquisa largamente utilizada pelas ciências humanas e sociais, principalmente quando são necessárias informações sobre o que e como argumentam os/as interlocutores/as. A partir desse procedimento foi possível conhecer e compreender o fluxo da notificação no contexto do serviço de psicologia das Unidades de Saúde da SMS e, sobretudo, os discursos das profissionais psicólogas sobre o ato de notificar. Além disso, foi possível obter informações a respeito de situações e práticas realizadas no cotidiano dos atendimentos, assim como conhecer as dificuldades e tensões encontradas pelas profissionais no desempenho de suas atividades.

Toda entrevista, assim como toda relação humana, está permeada por relações de poder. No entanto, Foucault (2003) aponta que o poder não é algo unitário e global, o poder produz saber, e poder e saber estão diretamente implicados. Nas entrevistas, as relações de poder podem ser percebidas de diversas formas: na forma como as pessoas se apresentam e como se relacionam (Aragaki e cols., 2014).

A entrevista é entendida no construcionismo como uma prática discursiva que possibilita compreender os sentidos que os/as entrevistados/as dão a determinado tema tal como emergem de suas falas e não como categorias definidas *a priori*.

As perguntas feitas tendem a focalizar temas que possivelmente nunca foram alvo de reflexões, podendo gerar práticas discursivas diversas, não diretamente ligadas ao tema proposto primordialmente. Com isso, percebemos que é pela ruptura com o usual que é possível dar visibilidade aos sentidos (Spink e Medrado, 2013).

Ao pensar a entrevista como uma prática discursiva, estamos, antes de tudo, entendendo-a como uma ação ou como uma interação que se dá em um contexto, em uma relação negociada (Pinheiro, 2013).

Na pesquisa sócio-construcionista, a entrevista tem a finalidade de compreender a

circulação dos repertórios em um momento histórico e social em uma sociedade ou em um grupo. De acordo com Aragaki e cols. (2014):

não “colhemos” as informações, como se elas estivessem por aí, prontas, acabadas e esperando que alguém as recolha, sem a participação ativa de quem entrevista. Ela é coproduzida em ato, estando, portanto, a reflexividade presente desde o momento da escolha da entrevista como ferramenta (p. 58).

A reflexividade é um conceito que complementa a ideia de dialogia. Através dela o/a entrevistador/a irá buscar os sentidos naquilo que foi dito em um dado contexto. É importante observar quem fala, de onde fala, como fala, por que fala (Aragaki e cols., 2014).

Tendo isso em vista, a entrevista pode ser entendida como uma prática discursiva que produz ou ressignifica sentidos, ou seja, a linguagem também é entendida como prática social, uma ação, que pode produzir consequências. Spink (2004) retrata que a partir dessas práticas é possível ressignificar a realidade, produzir sentidos e posicionar-se nas relações sociais cotidianas.

Os elementos que constituem tais práticas são: os enunciados que são orientados por vozes, as formas que são os gêneros de fala e os conteúdos que são os repertórios interpretativos (Spink e Medrado, 2013).

Os enunciados são unidades de comunicação interativa, social, histórica e cultural. Na perspectiva de Bakhtin (1994), citado por Borges (2008, p. 24), “o processo de enunciar nunca é um ato monológico, mas um produto da interação social constituída em um processo dialógico no qual diferentes vozes estão inseridas”.

Segundo Bakhtin (1994), os conceitos de enunciados e vozes caminham juntos e descrevem o processo de interanimação dialógica presente em uma conversação. Spink e Medrado (2013) indicam que os enunciados de uma pessoa são sempre endereçados a

alguém, e é esse encadeamento de endereçamentos que chamamos de interanimação dialógica. As vozes são essas pessoas (interlocutores) que estão presentes nos diálogos. Diante disso, podemos destacar que os enunciados são muito importantes para entendermos a dialogia. As práticas discursivas estão sempre atravessadas por vozes, são endereçadas a alguém e, portanto, supõem interlocutores.

Os repertórios interpretativos, de acordo com Spink e Medrado (2013, p. 28), são [a]s unidades de construção das práticas discursivas – o conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem – que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos ou *speech genres*.

Os *speech genres* ou gêneros de fala, conforme Bakhtin (1995), citado por Spink e Medrado (2013, p. 24), são “formas de enunciados que buscam uma correlação com o contexto, o tempo e os/as interlocutores/as”. É uma competência que adquirimos no processo de socialização. Assim, os gêneros de fala estão atravessados por expressividade, que é da própria cultura específica, por exemplo, há um tipo específico de gênero de fala de casamentos e enterros ou de consultórios médicos (Spink, 2004). Somos socializados para saber como se comportar e o que falar em cada situação.

Pensando nos conceitos citados anteriormente, podemos afirmar que a linguagem é uma prática social e que nenhum interlocutor existe sozinho, pois os sentidos são produzidos quando duas ou mais vozes se confrontam, ou seja, quando a voz de um ouvinte responde a voz de um falante, como acontece na entrevista (Spink e Medrado, 2013).

De acordo com Pinheiro (2013), a voz ouvida durante uma entrevista traz sentidos assumidos a partir de uma linguagem que é uma ferramenta para a construção de uma realidade. O sentido, então, é produzido na interação dessas vozes e aparece em função do

contexto.

É sob essa perspectiva que buscamos entender o uso dos repertórios interpretativos nas práticas discursivas cotidianas das profissionais psicólogas da SMS de Goiânia, bem como os sentidos que essas profissionais dão ao termo violência.

1.3.4 Procedimentos para a realização das entrevistas

Foram realizadas seis entrevistas com profissionais psicólogas de diferentes unidades de saúde da cidade de Goiânia - Goiás. Os locais foram selecionados previamente em contato com a psicóloga da DVVPS (Divisão de Vigilância das Violências e Promoção da Saúde), Maria Aparecida Alves da Silva, e, logo depois, foi feito um contato telefônico com a unidade e o/a profissional psicólogo/a que estava disponível no momento. Este era convidado/a para participar da pesquisa e, caso aceitasse, era agendada a entrevista, conforme a disponibilidade do/a profissional.

Para os propósitos dessa pesquisa, foram selecionados 4 Distritos Sanitários (DS) nos quais foram feitas as entrevistas: DS Campinas-Centro, DS Sudoeste, DS Noroeste, DS Sul.

No DS Campinas-Centro, o local escolhido para a realização da coleta de dados foi o Cais Campinas, que no momento da coleta tinha no seu quadro de funcionários 2 profissionais de psicologia. No DS Sudoeste, os locais escolhidos foram o Caps Beija-flor, que contava, então, com 9 psicólogos/as, e o Ciams Novo Horizonte que tinha 3 profissionais psicólogos/as atuando. No DS Noroeste, foram escolhidos o Cais Finsocial, que tinha 2 psicólogos/as e o Cais Jardim Curitiba que também contava com 2 profissionais de psicologia. Por fim, no DS Sul, foi selecionado o Caps Água Viva que possuía em seu quadro de funcionários 10 psicólogos/as.

Os locais mencionados foram escolhidos por indicação dos funcionários do DVVPS, como uma estratégia para obter um panorama geral da cidade de Goiânia, pois os DS Sudoeste e Noroeste são considerados regiões muito vulneráveis e de pobreza significativa. Já os DS Campinas-Centro e Sul são considerados regiões mais centrais e devido a isso com uma situação socioeconômica melhor.

As entrevistas eram semiestruturadas (Apêndice 2) em um roteiro estabelecido previamente; tiveram duração de aproximadamente 30 minutos cada uma; e foram realizadas e gravadas em áudio após a autorização das participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3).

CAPÍTULO 2: A PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA

Reconhecida como questão social e de saúde pública, a violência é considerada mundialmente como uma violação de direitos. É definida pela OMS (apud Mascarenhas et al. 2009) como “o uso da 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 lesão, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (p. 18).

Para Minayo e Souza (1997, p. 514), a violência pode ser entendida como um "evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros". Ela é ainda permeada por fatores histórico-culturais, estruturais, econômicos, políticos e também por fatores interpessoais e atinge todas as camadas sociais, raças e idades, causando um grande impacto na saúde da população.

As causas externas – acidentes e violências –, responsáveis por 124.935 óbitos em 2006(Brasil, 2010a), representam a terceira maior causa de mortalidade na população brasileira em geral e a primeira causa de morte entre os/as adolescentes e crianças maiores de 1 ano. Trata-se de um fenômeno complexo, que atinge a pessoa na sua totalidade, por isso, compreender que a violência tem um caráter multicausal é determinante para que possamos aproximar-nos de sua compreensão.

Além da multicausalidade, Milani (2003) afirma que o fenômeno da violência é multifacetado e polissêmico, pois assume várias faces e pode ter diversos significados, como podemos ver a seguir:

a guerra, o terrorismo, o genocídio e a limpeza étnica; a fome, as restrições no acesso à justiça, à saúde, à informação ou ao mercado de trabalho; a falta de recursos governamentais para o atendimento das necessidades básicas da população marginalizada devido à corrupção ou à prioridade dada ao sistema financeiro; o

racismo e todas as formas de discriminação, humilhação, exclusão, opressão, perseguição ou negação de direitos; as ações do crime organizado, as chacinas, os sequestros, a matança gratuita e aleatória, e a arbitrariedade policial; o abuso sexual, as brigas de rua, os maus-tratos com os filhos e a coerção conjugal; a delinquência juvenil, o trote do vestibular, as mortes no trânsito, a criminalidade cotidiana, os danos aos bens materiais etc. (Milani, 2003, p. 33).

Essas manifestações de violência representam uma questão social que interfere na vida das pessoas e que traz consequências à vida da sociedade, de uma forma geral.

2.1 A Violência contra crianças e adolescentes

Dentre as várias faces da violência e considerando os diversos indivíduos que vivenciam essa prática, destacamos, nessa pesquisa, as situações de violência contra crianças e adolescentes. Faremos, nesse capítulo, uma breve contextualização histórica desse fenômeno.

A violência contra crianças e adolescentes caracteriza-se como uma relação de poder na qual estão presentes e se confrontam atores com poderes desiguais. Nessa relação, o detentor de maior poder causará dano físico, psicológico ou sexual à vítima que, por sua vez, agirá contra a própria vontade ou com consentimento, sendo este obtido a partir de indução ou sedução enganosa.

Tal fenômeno é considerado uma importante causa de morbimortalidade para a população infanto-juvenil, devido ao grau de fragilidade e dependência deste público frente ao adulto, conferindo maior suscetibilidade e vulnerabilidade de que aconteça, o que vem alarmando diversos setores da sociedade (Martins, 2010).

Com relação aos aspectos culturais, evidencia-se, no quadro a seguir, retirado do “Mapa da Violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil” (Waiselfisz, 2012), que a

maior parte das violências praticadas contra o grupo das crianças e dos adolescentes no Brasil ocorre no próprio ambiente familiar.

Quadro 1. Número e % de atendimentos de crianças e adolescentes (<1 a 19 anos) por violências segundo local de ocorrência e faixa etária das vítimas. Brasil. 2011.

Local de ocorrência	Faixa etária (anos)											
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	Total	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	Total
Residência	1.812	3.884	3.787	5.567	5.991	21.041	67,0	78,1	74,0	62,7	51,4	63,1
Escola	29	140	325	696	373	1.563	1,1	2,8	6,3	7,8	3,2	4,7
Bar	27	10	19	116	458	630	1,0	0,2	0,4	1,3	3,9	1,9
Via pública	207	241	442	1518	3629	6.037	7,7	4,8	8,6	17,1	31,2	18,1
Outros	630	701	547	984	1194	4.056	23,3	14,1	10,7	11,1	10,3	12,2
Total	2.705	4.976	5.120	8.881	11.645	33.327	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SINAN/SVS/MS/2012

A residência é o local privilegiado para a prática da violência contra a população infantojuvenil (Brasil, 2002) em virtude da privacidade que acaba isolando a família da visibilidade social. Esse aspecto propicia um ambiente sem testemunhas e encoberto pela cumplicidade familiar, fazendo com que a violência permaneça na invisibilidade (Moreira, 2012).

Muszkat (2001) afirma que as famílias, muitas vezes, podem estar despreparadas para compreender, administrar e tolerar seus próprios conflitos e, assim, tornarem-se violentas por tradição.

Não raras vezes, crianças aprendem que a resolução de conflitos se dá somente através da violência. Isso se confirma quando crianças e adolescentes que vivem em ambientes violentos tendem a acreditar que essa é a única forma de socialização, contribuindo assim com a multigeracionalidade da violência.

A multigeracionalidade da violência, segundo Santos e Dell'Aglio (2008), pode ser compreendida como a possibilidade de o adulto reproduzir as experiências de violência vividas em sua própria infância com as crianças da sua família. Embora algumas pesquisas

evidenciem a repetição de um padrão de relacionamento entre gerações, é necessário destacar que não se trata de um padrão determinista ou universal, isto é, o fato de uma criança ser vítima de maus-tratos não determina que, quando adulta, irá repetir tal comportamento com seus filhos. No entanto, existe sim a possibilidade de esse comportamento, aprendido na infância, ser repetido com as próximas gerações.

2.2 Breve contextualização histórica sobre os modos de entender a violência contra crianças e adolescentes

Ao recorrer à história, deparamo-nos com vários relatos de crianças e adolescentes sendo maltratados e sendo vítimas dos mais variados atos de violência, nos mais variados cantos do mundo. Inúmeras são as formas por meio das quais ela se expressa, levando em conta a cultura e o momento histórico.

Na sociedade antiga, o principal motivo para que as crianças fossem sacrificadas era o de não serem reconhecidas como sujeitos de direitos e deveres (Girard, 1990). Como exemplo de prática violenta, podemos citar o infanticídio, largamente realizado na sociedade Medieval, no qual as crianças pequenas eram mortas pelos pais. Essa prática era aceita pelas sociedades antigas, sendo facultado aos pais greco-romanos aceitar ou renegar o filho recém-nascido, que poderia ser, então, condenado à morte (Assis, 1994).

Ariès (2006, p. 17) aponta que o infanticídio “era praticado em segredo, correntemente, talvez camuflado, sob a forma de um acidente: as crianças morriam asfixiadas naturalmente na cama dos pais, onde dormiam. Não se fazia nada para conservá-las ou para salvá-las”.

Com o passar dos anos, esses comportamentos foram sendo discutidos pela sociedade, o que demonstra certa preocupação com os direitos dessa população à vida. No entanto, a sociedade de uma forma geral não possuía a referência da infância como um

período específico da vida, ao contrário, as crianças eram percebidas, de acordo com Julião (2004), como pequenos adultos, e suas particularidades, muitas vezes, passavam despercebidas, não havendo a distinção entre o período infantil e o período adulto.

Somente no início do século XII, a Inglaterra promulgou a primeira lei que considerava a morte de crianças por pais ou responsáveis como sendo igual ao homicídio de adultos. Mesmo com essa lei, não foram percebidos grandes avanços no tratamento dado às crianças, pois embora tivessem o direito à vida garantido por lei, não se tornaram de fato sujeitos de valor para a sociedade.

É importante destacar que nesse período da história, o índice de natalidade e o índice de mortalidade infantil eram considerados altos. Com relação à mortalidade infantil, esta ocorria devido às péssimas condições de higiene e aos limitados cuidados empregados por parte das famílias aos seus filhos. Ademais, a morte era considerada algo natural, visto que logo outras crianças seriam geradas e ocupariam o espaço familiar (Sonego, 2006). Durante muito tempo, as mortes foram tratadas como algo natural pela família, pela justiça, pelos profissionais de saúde e pela população em geral (Ariès, 2006). Demorou-se muito tempo para que o fenômeno fosse visualizado como um problema passível de intervenção.

No Brasil, as diversas formas de violência praticadas contra crianças e adolescentes no espaço familiar e social perpassam a história. Segundo Sonego (2006), durante o período Colonial, diferentes faces da violência faziam parte do cotidiano dessa população, destacando-se as punições físicas, que eram vistas como forma eficaz na educação. Nessa época, segundo a mesma autora, “amar significava disciplinar, castigar e ameaçar as crianças e os adolescentes para estes se tornassem pessoas do bem” (p. 42).

As crianças representavam um papel secundário nas famílias, e sua educação era destinada principalmente às amas-de-leite (Sonego, 2006). A relação entre pai e filhos/as

era muito distante; nela havia autoritarismo e permeava o sentimento de medo.

Quando se tratava das crianças negras, Sonego (2006) nos traz que constantemente eram alvo de atos violentos, desde punições físicas, torturas e até violência sexual, muitas vezes praticada pelos próprios pais ou “donos”.

Durante o período do Brasil Império, a estrutura familiar, quando comparada ao modelo do período Colonial, sofreu alterações significativas, pois

(...) os médicos higienistas passaram a influenciar diretamente a dinâmica familiar, tanto no que se refere aos hábitos e costumes cotidianos das famílias quanto às relações estabelecidas entre seus membros, contribuindo decisivamente na reestruturação dos papéis das crianças e dos adolescentes no espaço familiar (Costa, 1999 apud Sonego, 2006, p. 46).

Nesse momento, os/as profissionais da saúde começaram a acompanhar mais a família, dando início a várias intervenções e ações no combate aos problemas existentes na época.

Com o início do Brasil República, o problema da violência na infância adquire dimensão política, e a busca de solução implicava na criação de leis específicas.

O processo que culminou com a aprovação do primeiro Código de Menores, em 1927, foi longo e teve início em 1906, logo depois da Proclamação da República. Este código foi o primeiro marco legal a dar um tratamento mais sistemático e humanizado à criança e ao adolescente, consolidando normas e prevendo, pela primeira vez, a intervenção do Estado nesta etapa da vida. Tal código conhecido como o “Código Mello Mattos” entrou em vigor em 12/10/1927, sob o Decreto 17.943.

Embora elaborado exclusivamente para o controle da infância abandonada e dos “delinquentes” de ambos os sexos, menores de 18 anos, foi considerado um marco expressivo para a época.

A Declaração dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes, datada de 1959, é vista também como um marco no que se refere à construção da noção de infância e passa a compreender tais sujeitos como portadores de direitos (Rosemberg e Mariano, 2010).

No entanto, a década de 1970 é marcada por um cenário extremamente caótico. Segundo Julião (2004, p. 41), “havia milhões de crianças e adolescentes em situação de abandono, vítimas de violência, discriminação social e racial, negligência, trabalho precoce e arbitrariedades judiciais, que revelavam a falência das políticas sociais voltadas para este segmento”.

Como consequência disso, houve uma reformulação, no ano de 1979, do Código de Menores – Lei 6.697 de 10/10/1979 – elaborada por um grupo de juristas selecionados pelo governo, para substituir o Código de Menores de 1927. Entretanto, as mudanças não foram em si expressivas; representaram pressupostos e características que colocavam as crianças e os jovens pobres e despossuídos como elementos de ameaça à ordem vigente. De acordo com Moreira (2013), esse Código atuava no sentido de reprimir, corrigir e integrar os supostos desviantes.

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, o tratamento dado aos “menores” pelo Código de Menores começou a provocar indignações éticas e políticas na sociedade.

Se até a vigência do Código de Menores a noção sobre crianças e adolescentes era marcada por uma linguagem que categorizava esse grupo como “menor”, não dotado de valores, sem *status quo*, denominando-os como “delinquentes” e “desviantes”, a partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, acontecem mudanças na linguagem, alterando a forma de concebê-los e apresentá-los. Passam, então, a ser sujeitos de direitos, cidadãos.

A preocupação com a questão dos direitos humanos fez com que se iniciasse uma

articulação em prol de uma lei que colaborasse e mudasse decisivamente a exequibilidade dos direitos constitucionais da criança e do adolescente, o que resultou no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sancionado pelo então presidente Fernando Collor, no dia 13/07/1990. A partir daí, foi expressamente revogado o Código de Menores.

Promulgado em 1990, com a Lei 8.069, o ECA é reconhecido como uma das mais avançadas legislações do mundo na área da infância e adolescência, representando uma grande conquista da sociedade brasileira nas políticas públicas. Para Bezerra (2006), o estatuto veio regulamentar o artigo 227 da Constituição Federal, o qual substitui o princípio da situação irregular da infância pela moderna doutrina da proteção integral, que assegura a todas crianças e adolescentes, indistintamente, os direitos fundamentais do ser humano e o exercício pleno da cidadania (Brasil, 1988).

Moreira (2013) destaca o caráter inovador do ECA ao considerar que todas “as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, independentemente da camada social à qual pertencem, da etnia, ou da relação que estabelecem com a lei, ou seja, mesmo os adolescentes em conflito com a lei são sujeitos de direitos” (p.52).

O advento do ECA altera significativamente as possibilidades de uma intervenção arbitrária do Estado na vida das crianças e jovens. Como exemplo disto, pode-se citar a restrição que o Estatuto impõe à medida de internação, aplicando-a como último recurso, restrito aos casos de cometimento de ato infracional.

2.3 Políticas Públicas como uma ação em rede

Desde a promulgação do ECA, vem sendo empreendido um grande esforço nos âmbitos governamental e não-governamental para a sua efetiva implementação. Porém, esta ainda representa um desafio para todos aqueles que estão envolvidos e comprometidos com a garantia dos direitos das crianças e adolescentes. Sabemos que a distância entre a

intenção e a prática é enorme e que o Brasil ainda tem de avançar muito para cumprir o que se preconiza na referida legislação.

Paes (2013) explica que, para que o ECA realize efetivamente sua missão de proteger e garantir os direitos das crianças e adolescentes, faz-se necessário desenvolver um processo que envolva uma série de ações concomitantes: realizar a promoção de direitos e a efetivação de políticas públicas estatais e comunitárias e, finalmente, determinar o reordenamento institucional em função da implementação do estatuto.

No que se refere ao Estado, cabe a ele garantir os direitos das crianças e dos adolescentes, atuando sobre qualquer situação que configure risco pessoal e/ou social para esta população. Para que isso aconteça, a infância e a adolescência são destacadas em várias políticas públicas, construídas nos três níveis de governo – federal, estadual e municipal –, que buscam desenvolver programas, ações, projetos e serviços, de forma a agir frente a todas as situações que configuram risco social ou pessoal, incluindo situações de violência.

Para Salisbury (1968 citado por P. Spink, 2009), o termo “políticas públicas, geralmente é utilizado para se referir a uma postura assumida com autoridade por um conjunto de pessoas responsáveis institucional e publicamente (executivo, legislativo e judiciário) com relação a um conjunto específico de preocupações consideradas de interesse público” (p.17). Tal postura se materializa através de documentos variados: normas, decisões, programas de ações, entre outros, que se referem de alguma maneira àquilo que os governos decidem fazer, aos aspectos em que colocam suas prioridades e seus recursos, considerados, pois, como preocupações de interesse público.

As políticas públicas são produtos sociais que nos ajudam a pensar o governo e as suas formas de governar. Elas devem ser pensadas como processos de interação, que envolvem diversos elementos humanos e não-humanos, atores organizacionais e privados.

De acordo com P. Spink (2009, p.18),

[a] Política Pública, portanto, não é um fato, algo inevitável, independente e preexistente. Falar sobre políticas públicas é estar posicionado e dedicando-se dentro de uma convenção social e linguística que é utilizada cada vez mais no âmbito democrático como forma de expressar ação e intenções³.

Para entender como as políticas públicas são pensadas e construídas, P. Spink (2009) sugere algumas reflexões que ajudam a compreender como são tomadas as decisões quanto aos recursos e às ações:

“O que será feito com relação a isto e àquilo?” Na “implementação de políticas públicas”, os especialistas, políticos e observadores externos, tais como os meios de comunicação e a academia, buscam dar sentido à vida pública, e, ao fazê-lo, participam dela. “Implementar políticas públicas” exprime não somente a ideia de que a atividade é deliberada e intencional, mas também de que os participantes consideram-na com seriedade e de interesse público (p.18)⁴.

As políticas públicas, como aponta Resende (2012, p. 21), “podem ser compreendidas por um conjunto de ações que envolvem programas e dispositivos legais que emanam de governos, se desenvolvem ou não em parceria com ONGs ou com a iniciativa privada, e se destinam a defender interesses sociais”.

As políticas públicas voltadas para a infância e a adolescência, atualmente, tem como orientação principal a garantia dos direitos humanos fundamentais nesta fase da vida. São destinadas ao interesse de toda a coletividade, ou seja, ao bem comum.

No Brasil, como já enfatizado, a temática da violência contra crianças e adolescentes começou a ganhar força e status de política pública nas últimas três décadas, mais precisamente, a partir do ECA. Desde então, ampliaram-se as atuações de ONGs,

³ Tradução nossa.

⁴ Tradução nossa.

criaram-se Fóruns e Conselhos e iniciou-se a consolidação efetiva dos movimentos sociais e políticos para a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes.

De acordo com Paixão e Deslandes (2010), em resposta à integração da sociedade e dos órgãos governamentais em favor da efetivação do ECA, entra em funcionamento, em 1991, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), criado pela Lei 8.242 de 12/10/91. Tal Conselho tem a tarefa de implementar Conselhos em estados e municípios e também os Conselhos de Direito e os Conselhos Tutelares, que foram os primeiros órgãos deliberativos e paritários responsáveis pela definição da política de atendimento à criança.

Esse movimento que agregava a população em torno da participação e da fiscalização das ações e das políticas de saúde é denominado Controle Social.

A participação da sociedade na gestão pública é um direito assegurado pela Constituição Federal, que permite que os cidadãos não só participem da formulação das políticas públicas, mas, também, fiscalizem de forma permanente a aplicação dos recursos públicos.

Segundo o Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (Brasil, 2013), foram criados, com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em várias cidades do país, os Centros de Defesa da Criança e do Adolescente (Cedeca). Estes centros têm a finalidade de desenvolver mecanismos de proteção, prevenção e atendimento às crianças, adolescentes e seus familiares em situação de violência sexual.

Em virtude dos acontecimentos mencionados, e principalmente com a aprovação, no ano 2000, do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil, por parte do Conanda, o Brasil avançou de forma significativa no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Tal documento tornou-se referência e ofereceu

uma síntese metodológica para a estruturação de políticas, programas e serviços para o enfrentamento à violência no Brasil (Brasil, 2013).

Outro passo importante na prevenção da violência contra crianças e adolescentes foi a criação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, por parte do MS, através da Portaria nº 737 de 16/05/2001 (Brasil, 2001a). Esta política possibilitou o reconhecimento de que as violências e os acidentes têm grande peso social e econômico, em especial sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), e que as intervenções pautadas na vigilância, prevenção e promoção da saúde são fundamentais para o enfrentamento desse problema.

Na política mencionada, o MS estabeleceu como obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes pelos profissionais dos estabelecimentos que atendem pelo SUS (Brasil, 2001a). Apesar disto, Pascolat et al. (2001), citados por Bannwart & Brino (2012), assinalam que a subnotificação da violência, isto é, a não notificação de casos reconhecidos como violentos, ainda existe no Brasil, e estima-se que, para cada caso notificado, dois deixam de sê-lo.

A simples suspeita de maus-tratos contra menores de 18 anos – e não somente a confirmação do crime propriamente dito – por parte do/a profissional responsável pelo atendimento obriga-o/a a comunicar o ocorrido à autoridade competente, que, em tais casos, é o Conselho Tutelar existente no município e, somente na sua falta, ao juiz/a da infância e juventude. Esse procedimento reforçou o que o ECA, no artigo 13, orienta: “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”.

As políticas públicas são efeitos de uma rede heterogênea de actantes em constante interação. Porém, é importante ressaltar que os seres humanos não são os únicos atores dessa rede. Existem outros agentes que tanto quanto os humanos a constroem.

Os não humanos são considerados agentes que produzem efeitos no mundo e modificam nossas ações (Latour, 2012). Essa visão pós-moderna entra em conflito com diversas teorias positivistas que dão maior importância aos humanos e muitas vezes nem consideram os não humanos.

A principal contribuição que a Teoria Ator-Rede traz a essa pesquisa refere-se às redes heterogêneas, devido à interligação entre elementos humanos e não humanos, ligação esta que não é pura ou homogênea, mas sim heterogênea (Grau, Iñiguez & Subirats, 2010).

Os posicionamentos da Teoria Ator-Rede sobre as redes não dizem respeito somente ao aqui-agora, mas, como afirma Latour (2012), as redes são possíveis, pois trazem, assim como em qualquer interação, elementos de tempos anteriores, de lugares diferentes e, inclusive, gerados em outras redes.

O ator-rede é aquele que produz efeitos em uma determinada rede. Nessa pesquisa, considera-se como ator-rede as políticas públicas. Calderaro (2011) afirma que nas políticas públicas não deve existir a suposição que há a dominação somente de um ator ou atriz, como, por exemplo, o Governo. Nelas estão envolvidas ações e decisões de diversos atores, com o intuito de se tomar uma decisão. Assim, uma política pública é um conjunto complexo de ações, negociações e decisões (Grau, Iñiguez & Subirats, 2010).

A psicóloga social Mary Jane Spink, em uma entrevista concedida no VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, afirma que a partir de uma sociologia simétrica podemos pensar as redes heterogêneas como socialidades e materialidades.

Em nossa pesquisa, refletimos sobre os protocolos de procedimentos da rotina dos/as profissionais – estes sendo as materialidades – e sobre a importância de se entender e repensar a rotina, para então dinamizar a possibilidade do bom cuidado. No entanto, o cuidado não é somente a boa vontade do/a profissional; há muitas tensões embutidas no

sistema e no contexto dos serviços de saúde. É preciso abrir um espaço de reflexão coletiva com a equipe e incorporar nele todas as materialidades envolvidas e assim aprimorar o cuidado.

CAPÍTULO 3: A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA PARA CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Considerando que a violência é um problema sério para o setor da saúde e que tem sido uma das demandas mais alarmantes na rotina desses serviços (Monteiro, 2010), os locais de atendimento tem um papel fundamental na implementação de estratégias para a resolução da problemática da violência, por se apresentarem como espaços propícios à revelação dos casos. Por esse motivo, tais lugares são considerados esferas públicas privilegiadas de proteção a crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

Uma das estratégias propostas pelo Ministério da Saúde é o dever que os profissionais de saúde têm de notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência. Para que tal proposta se solidifique, foi necessária a construção de um instrumento para auxiliar o trabalho dos profissionais.

A proposta de notificação não é somente para o grupo de crianças e adolescentes, mas também para outros grupos, como as mulheres e os idosos. A ficha de notificação é a mesma para todos os grupos; o que difere são as leis que embasam a notificação para cada um dos grupos. Nesse trabalho, portanto, daremos ênfase na notificação contra crianças e adolescentes.

3.1 A Construção Coletiva da Notificação

A notificação pode ser entendida como um produto coletivo, ou seja, um documento elaborado por várias pessoas, que traz marcas das forças sociais que o constituíram. Representa, portanto, um pensamento, uma forma de agir no mundo.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em 1995, foi a primeira, de que se tem conhecimento, a criar a Ficha de Notificação Compulsória para os casos de violência contra crianças e adolescentes no país (Brasil, 2002). Tal instituição realizou

várias capacitações para sensibilizar os/as profissionais sobre o problema da violência e dos maus-tratos, para que a norma da notificação pudesse ser incorporada por adesão e não apenas por obrigação.

Nesse mesmo período, especificamente em 1998, no âmbito federal, foi criado um Comitê Técnico Científico visando à elaboração de propostas para a “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e de Redução da Violência e dos Acidentes na Infância e na Adolescência”. Essa proposta foi aprovada em 2001 pelo Conselho Nacional de Saúde.

Em 1999, a Secretaria Estadual do Rio de Janeiro também adotou o sistema de notificação compulsória, publicando a Lei nº 3.224, de 23 de abril de 2001 (Brasil, 2001b), que estabeleceu como compulsória a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes até 18 anos e contra portadores de deficiência (Brasil, 2002).

Em 2000, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2002), o Estado de São Paulo, através da Lei nº 10.498 (Brasil, 2000b), estabeleceu, por sua vez, a obrigatoriedade da notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

A oficialização desse tipo de notificação em todo o território nacional deu-se por meio da Portaria nº 1.968/2001, do Ministério da Saúde (Brasil, 2001c), tornando, portanto, obrigatório, para todas as instituições de saúde pública e/ou conveniadas ao SUS, o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória e o seu encaminhamento aos órgãos competentes (Brasil, 2002).

Em 2004, foi proposta a criação da *Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde*, mediante a Portaria nº 936, de 18/05/2004, visando à implantação dos Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde em âmbito local, voltados para a atenção integral e proteção às pessoas em situação de violências e suas famílias. Em 2005, o Ministério da Saúde escolheu as cidades de Goiânia e Curitiba, por apresentarem

experiência acumulada e serem exemplos no sistema de notificação, para testar a ficha de notificação nacional.

Depois de algum tempo, realizou-se a avaliação do pré-teste da ficha nacional; algumas modificações foram feitas, e inclusões e exclusões de campos no documento original foram propostas pelos/as participantes (Silva, 2010).

De acordo com Silva (2010), muitos ajustes foram feitos na referida ficha no período de maio e novembro de 2005. Depois disso, ela assumiu a versão final, sendo denominada Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (Anexo C).

Uma forte justificativa embasou a decisão de realizar o registro dos casos de violência: não revitimizar as pessoas envolvidas. A notificação deveria viabilizar um encaminhamento adequado, para evitar que os usuários perambulassem por muitos serviços sem receber atenção prioritária para o seu caso. A ideia principal, conforme indica Silva (2010), é a de que todas as pessoas são iguais e ninguém tem o direito de tratar o outro como objeto. Por esta razão, a violência deve ser identificada, prevenida e punida.

A definição mais abrangente de notificação de maus-tratos contra a criança e o adolescente é dada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002) e consiste em

uma informação emitida pelo Setor de Saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus-tratos. O ato de notificar inicia um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor (p.14).

Assim sendo, podemos entender que não se trata de uma denúncia policial, mas sim de um alerta para o Conselho Tutelar e para as autoridades competentes de que aquela

criança ou adolescente precisa de ajuda.

Para Bazon (2007), a ficha de notificação dos casos de violência é um instrumento de combate à violência, uma vez que possibilita o embasamento de ações de intervenção em vários níveis. Ao tornar público um fenômeno privado, torna-se possível perceber que os maus-tratos às crianças são mais comuns do que se imagina, mas que nem por isso deve ser banalizado ou normalizado.

Nesse sentido, Habigzang e Koller (2011) enfatizam que a ficha de notificação é um instrumento duplamente importante no combate à violência, pois produz benefícios para casos singulares, além de ser um instrumento de controle epidemiológico da violência.

Os principais tipos de maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes que devem ser notificados, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2002), são a negligência e o abandono, o abuso físico, o abuso psicológico e o abuso sexual, os quais são explanados a seguir.

A negligência caracteriza-se pela omissão dos pais ou responsáveis de cuidar das necessidades básicas que possibilitam o desenvolvimento saudável da criança, seja físico, emocional ou social. O descuido com a higiene, a ausência de proteção, a privação de medicamentos, entre outras atitudes, revelam omissão de cuidados básicos. O abandono, por sua vez, é considerado uma forma extrema de negligência (Brasil, 2002).

Os abusos físicos são atos violentos, com o uso da força física de forma intencional, não acidental, praticados por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas, com o objetivo de ferir, lesar ou destruir a vítima, deixando ou não marcas evidentes em seu corpo. Há níveis de gravidade de tais abusos, que vão desde tapas e beliscões, até lesões e traumas mais graves, causados por gestos que atingem partes muito vulneráveis do corpo. Essas agressões geralmente são aplicadas à criança como forma de

castigar e educar (Brasil, 2002).

Os abusos psicológicos compreendem todas as formas de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Estas formas de maus-tratos psicológicos causam danos ao desenvolvimento e ao crescimento do menor. Este tipo de violência é o mais difícil de ser identificado pela falta de evidências imediatas e está frequentemente articulado com os demais tipos de violência (Brasil, 2002).

Enfim, o abuso sexual consiste em todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, em que o agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente. O algoz tem por intenção estimular o menor sexualmente ou utilizá-lo para obter prazer sexual. Assim, o abuso sexual evidencia-se por qualquer atividade entre uma criança e um adulto destinada à gratificação ou à satisfação das necessidades deste último (Brasil, 2002).

Considerando as categorizações apresentadas anteriormente, podemos afirmar que a violência ocorre silenciosamente nas famílias ou na sociedade, como se fosse um fenômeno banal e/ou natural. Isso dificulta a procura por auxílio e, conseqüentemente, a possível notificação por parte dos/as profissionais da saúde.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2002) também esclarece que quando há alguma suspeita de violência, os/as profissionais da saúde são obrigados/as a notificá-la. No entanto, na prática do dia a dia não é isso o que acontece. Uma das razões atribuídas para a não notificação tem sido a falta de capacitação eficaz dos/as profissionais para que possam trabalhar com essa temática. Essa dificuldade não está vinculada a uma ou outra profissão, mas sim, a diversas áreas profissionais.

Deslandes (1994) adverte que a maioria dos casos que chegam aos serviços de saúde não são identificados como violência, e o maior problema para a sua identificação

eficaz deve-se ao medo ou à recusa do/a profissional de envolver-se com o que é considerado um problema “alheio” e/ou um “problema de família”.

Podemos concluir, então, que para que as denúncias aconteçam nas unidades de saúde é necessário incorporar o procedimento de notificação à rotina das atividades de atendimento e capacitar os/as profissionais para que compreendam o verdadeiro significado deste ato.

3.2 O cenário municipal e o fluxo da notificação

O município de Goiânia-Goiás, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, possui aproximadamente 1,3 milhão de habitantes (IBGE, 2010).

A cidade foi planejada para ser a capital política e financeira do Estado de Goiás, sob influência da Marcha para o Oeste⁵, movimento organizado para acelerar o crescimento e povoar a região Centro-Oeste do Brasil.

Goiânia foi inicialmente planejada para 50 mil habitantes, porém sofreu um acelerado aumento populacional desde a década de 1960, chegando a quase um milhão de habitantes 60 anos após sua fundação (Goiânia, 2014).

O crescimento desenfreado e não planejado da cidade de Goiânia pode ser considerado um dos aspectos que contribuiu para o aumento da violência, mas certamente outros aspectos como a desigualdade social, a migração, a cultura machista e conservadora também contribuíram para alavancar o crescimento desses casos.

No sentido de buscar respostas para o crescimento desenfreado dos casos de violência, foram criadas políticas públicas na área da saúde e, paralelamente, serviços de saúde, com o objetivo de atender de maneira integral as vítimas e acompanhar todos os casos de violência. Para auxiliar os profissionais desses serviços no estabelecimento de

⁵ A Marcha para o Oeste foi um programa do governo Vargas que buscava a integração econômica nacional a partir da colonização de regiões consideradas longínquas e desabitadas, mais precisamente o Centro-Oeste do Brasil e a região Amazônica (Andrade, 2010).

rotinas, e também para centralizar os dados para o controle epidemiológico, em 2003 foi implantada, no município de Goiânia, a Ficha Multidisciplinar de Notificação de Suspeita ou Confirmação de Violência (Silva, 2010).

A fim de entender a forma como se deu a implementação da ficha de notificação em Goiânia é preciso situar, primeiramente, a forma como a SMS está estruturada. Esta Secretaria, atualmente, está dividida em sete Distritos Sanitários: Campinas-Centro, Sudoeste, Noroeste, Leste, Norte, Oeste e Sul.

Os Distritos Sanitários (DS) são órgãos executivos que integram a estrutura do sistema de saúde do município, com a finalidade de promover e executar políticas de saúde nessas determinadas regiões. Os DS ajudam na descentralização das ações da SMS, de forma que facilitam a sua execução.

O Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (NPVPS) da SMS de Goiânia – hoje denominado Divisão de Vigilância das Violências e Promoção da Saúde (DVVPS) – é o responsável por acompanhar e monitorar todas essas notificações compulsórias de casos de violência emitidas pelas unidades de saúde de Goiânia.

3.3 Passos para o preenchimento da Ficha de Notificação

A ficha de notificação compulsória (Anexo C) deve ser preenchida por qualquer profissional, preferencialmente o/a primeiro/a que atende o caso. O/a profissional deve, primeiramente, fazer um breve relato sobre a ocorrência e registrar na ficha todos os procedimentos realizados e todos os encaminhamentos feitos pela unidade de saúde.

O segundo passo é registrar no prontuário da família a suspeita ou a confirmação da violência e arquivar a segunda via da ficha em um local da unidade de saúde que resguarde o sigilo.

Posteriormente, a ficha de notificação deve ser encaminhada para o DS daquela

região com a assinatura do/a profissional que realizou o atendimento. Não obstante, se o/a profissional perceber riscos quanto a sua identificação, poderá fazer um breve relato justificando a escolha da não identificação.

Silva (2010) aponta que as unidades de saúde que mais notificam apresentam duas características comuns: por um lado, contam com profissionais ou equipes técnicas com um histórico de participação em várias capacitações da Rede de Atenção de Goiânia e, por outro lado, possuem uma baixa rotatividade em seu quadro funcional. No entanto, antes de tudo, temos que entender o que é a proposta de trabalho em rede, como ela funciona e porque ela existe.

A Rede de Atenção a Crianças, Adolescentes e Mulheres em situação de violência, da cidade de Goiânia, foi criada no dia 20 de junho de 2000 com o objetivo de atender crianças, adolescentes e mulheres em situação de violência. Atualmente, a Rede integra cerca de 40 organizações governamentais e não governamentais da capital e região metropolitana.

A rede “é uma ideia e, sobretudo, um valor que regula as práticas dos profissionais inseridos nas políticas públicas quanto ao modo de intervir nos casos de violência, seja ela física, psicológica ou sexual” afirmam Carvalho, Luz e Assis (2010, p. 32). Segundo os estudiosos, “não existe uma sede, o que existe é um jeito de se organizar” (p.33). Considerando o modo como as várias organizações participantes da rede se organizam e trabalham, podemos citar aqui as várias unidades de saúde da SMS de Goiânia.

Devido a essa característica, a maior dificuldade dos/as profissionais que integram as políticas públicas setoriais é entender o que dá materialidade para a rede existir, porém é necessário entender que ela é algo abstrato e que ela está estruturada em valores humanos.

3.4 Os desafios cotidianos dos/as profissionais da saúde no preenchimento da Ficha de Notificação

Como descrevemos anteriormente, a notificação é um instrumento duplamente importante no combate à violência. Ela produz benefícios para os casos singulares e colabora para o controle epidemiológico da violência (Gonçalves e Ferreira, 2002). Entretanto, apesar das determinações legais, a subnotificação da violência é uma realidade no Brasil.

O/A profissional de saúde é legalmente obrigado/a a notificar casos suspeitos ou confirmados de violência. No entanto, o ato de notificar tem sido objeto de alguns questionamentos por parte desses/as profissionais, como por exemplo: “isso é realmente violência?” “Será que esse caso é passível de notificação?” “Por que eu tenho de notificar?” “O que acontece com os dados da notificação?” “Preciso me identificar?”.

Essas indagações geralmente surgem no momento da notificação e, por isso, a identificação da violência é ainda carregada de muitas incertezas.

Este aspecto não tem sido tratado na maioria dos currículos de graduação (Almeida, 1998, citado por Gonçalves e Ferreira, 2002), por isto muitos profissionais não dispõem de informações básicas que permitam diagnosticar a violência com um mínimo de precisão. Por outro lado, outra dúvida perpassa a consciência dos profissionais de saúde, principalmente dos psicólogos/as: o ato de notificar representa uma quebra do sigilo profissional?

Para os profissionais de psicologia, o Código de Ética dos Psicólogos (Conselho Federal de Psicologia, 2005), conforme apontam Habigzang e Koller (2011),

embora recomende privacidade e assegure o sigilo (Art. 9º), prevê que o psicólogo poderá decidir pela quebra de sigilo, baseando sua decisão na busca do menor prejuízo, quando houver situações em que se configure conflito entre as exigências

do Art. 9º e as afirmações dos princípios fundamentais do código (Art. 10º). Considerando o princípio fundamental II do código que afirma “O profissional em psicologia trabalhará visando a promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”, pode-se concluir que o abuso sexual contra crianças configura-se como situação de conflito, no qual a quebra de sigilo pode ocorrer, caso o profissional em Psicologia assim decidir (p. 37).

Diante do exposto, o Código de Ética prevê que o sigilo seja colocado a serviço das crianças e adolescentes, permitindo sua quebra quando se tratem de situações que impliquem consequências graves para o próprio atendido ou para terceiros.

O profissional que adota uma postura construcionista precisa entender a ética como uma construção. Partindo desse pressuposto, de um lado, temos as regras de procedimentos associadas ao campo da bioética, e de outro lado, temos algumas questões mais sutis, como, por exemplo, a visão das profissionais sobre o valor/status de ser criança ou adolescente, a forma que elas entendem a própria violência e, ainda, o papel que desempenham nos atendimentos desses casos. Indagações como essas, muitas vezes, são pensadas somente quando adentrarmos no lugar da pesquisa, na relação com os interlocutores (Spink, Medrado e Mélo, 2014).

Segundo Chauí (2012, citada por Spink, Medrado e Mélo, 2014), a ética normalmente é usada para se referir aos costumes e práticas que são considerados valores ou obrigações para o trabalho dos/as profissionais. Porém, segundo Spink (2000), essa é apenas uma das definições do termo, a ética prescritiva.

As prescrições éticas comumente são materializadas em códigos, normatizações e resoluções. Todavia podemos fazer a seguinte pergunta: seguir diretrizes e normas

fielmente garante uma postura ética dos/as profissionais?

Para os construcionistas, a ética não é absoluta, mas relativa e dialógica. Contudo, adotar esta postura não significa permitir ou incentivar a barbárie ou considerar que toda prática é eticamente aceitável (Cordeiro et al., 2014). Ibáñez (2005 apud Cordeiro et al., 2014) afirma que

[a]ssumir tal postura implica admitir que nenhum valor ético é “natural” ou “incondicional”, e que todos os valores morais são equivalentes no que diz respeito à sua fundamentação última, no sentido de que esses valores não são transcendentais, como se eles pudessem defender a si próprios (p. 42).

Ao assumir uma postura relativista da ética, estamos defendendo, ademais, sua dialogicidade.

É primordial que a ética seja entendida não somente como uma prescrição, mas como algo que é coconstruído, (re)significado e negociado por diferentes vozes. Isto não significa que a ética prescritiva não seja considerada, porém o enfoque principal é a competência ética de todos/as os/as envolvidos/as (Cordeiro et al., 2014).

CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante todo o percurso da pesquisa produzimos sentidos sobre o material de que dispomos, num processo de construção e desconstrução constante. Nesse capítulo, apresentaremos os resultados e discussões dos materiais pesquisados. Focalizaremos especialmente os sentidos e os repertórios produzidos a partir das entrevistas e dos documentos de domínio público.

4.1 Análises dos Documentos

Os documentos oficiais, incluindo leis, portarias, decretos, informativos e manuais foram pesquisados e encontrados em dois sites oficiais: a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde e o Portal da Legislação da Presidência da República. Foram encontrados vários documentos e os que foram identificados como arquivos que referem-se à questão das crianças e dos adolescentes estão listados no quadro a seguir.

Admitindo que esses documentos funcionam como dispositivos que regulam as práticas profissionais, foi possível classificá-los como normativos ou informativos. Essa classificação corresponde à função explícita ou ao efeito pretendido com a sua publicação.

Os documentos normativos são as leis e os decretos, que são atos administrativos e normativos produzidos e implementados pela articulação dos poderes nas esferas públicas Federal, Estadual e Municipal. As portarias também são documentos normativos, porém elaborados por ministérios, secretarias e órgãos públicos de planejamento e de gestão.

Já os documentos informativos são os manuais, relatórios e cartilhas. Tais materiais são elaborados e distribuídos pelo pessoal técnico para gerenciamento das políticas públicas de saúde.

Em síntese, os documentos normativos visam instituir uma norma de conduta, uma regra ou recomendação de procedimentos, por outro lado, os documentos informativos têm

o objetivo explícito de informar, de permitir a circulação de informações, saberes e conhecimentos.

Quadro 2. Lista de Documentos Oficiais

	Órgão expedidor	Ano	Documento	Efeito principal
1	República Federativa do Brasil	1927	Decreto nº 17943 de 12 de outubro de 1927 – Código Mello Mattos	Normativo
2	República Federativa do Brasil	1979	Código de Menores – Lei nº 6697 de 10 de outubro de 1979	Normativo
3	República Federativa do Brasil	1988	Constituição Federal	Normativo
4	República Federativa do Brasil	1990	Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei 8.069 de 13/07/1990	Normativo
5	República Federativa do Brasil	1991	Lei nº 8242 de 12 de outubro de 1991. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente	Normativo
6	Ministério da Saúde	2001	Portaria nº 737 (16/05/2001) Aprova a Política Nacional da redução da morbimortalidade por acidentes e violências	Normativo
7	República Federativa do Brasil	2001	Portaria nº 1.968 (25/10/2001) Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de-maus-tratos contra-crianças e adolescentes.	Normativo
8	Ministério da Saúde	2002	Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais: Um passo a mais na cidadania em saúde	Informativo
9	Ministério da Saúde	2004	Portaria nº 936 de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.	Normativo
10	Ministério da Saúde	2006 ^a	Portaria nº 687/GM de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde	Normativo
11	Ministério da Saúde	2006b	Violência faz mal à Saúde	Informativo
12	Ministério da Saúde	2006c	Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan): normas e rotinas	Informativo
13	CFP	2010	A escuta de crianças e adolescente envolvidos em situação de violência e	Informativo

			a rede de proteção	
14	Ministério da Saúde	2010 ^a	Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes	Informativo
15	Ministério da Saúde	2010 ^b	Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: Orientação para gestores e profissionais de saúde	Informativo
16	Ministério da Saúde	2011	Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências	Informativo
17	República Federativa do Brasil	2013	Plano Nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes	Informativo

Considerando os documentos oficiais mencionados, percebemos diferentes concepções de criança e adolescente. Por essa razão, dividimos a produção dos documentos em dois momentos importantes: antes e depois do ECA.

Os documentos publicados antes do ECA apresentam uma visão da criança como um “mini” adulto, ou seja, a maneira de tratar as crianças era a mesma conferida aos adultos, resultando em legislações como o Código de Menores, voltadas somente para a questão dos/as menores vistos como desviantes. Uma das consequências desse tipo de visão adultocêntrica, na qual as crianças não eram consideradas como um grupo vulnerável, consiste na falta de políticas públicas para a população infanto-juvenil.

Com a promulgação do ECA, os documentos e as políticas públicas começam a emergir e inserem uma outra forma de conceber e considerar as crianças e os adolescentes: como sujeitos de direitos e deveres.

Considerando o exposto, e o fato de que um dos objetivos do presente trabalho é entender como acontecem as capacitações e como os/as profissionais são capacitados/as para trabalhar com as políticas públicas, foram selecionados, dentre os documentos encontrados, dois que norteiam os/as profissionais no preenchimento da ficha de notificação. Tais documentos são considerados como informativos e apenas retratam informações explicativas para os/as profissionais, sem haver incentivo algum ao

pensamento crítico de determinados fenômenos. São eles:

- Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (D1);

- Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências (D2).

O primeiro documento (D1) foi publicado pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde, em 2010, e tem como principal objetivo oferecer um instrumento de trabalho para orientar os/as gestores/as e profissionais de saúde sobre os diversos tipos de violência, como ela se manifesta, e quais são os principais cuidados e procedimentos que devem ser tomados para o acompanhamento eficaz da vítima e da família.

Esse documento tem uma linguagem informativa e visa à sensibilização de que é necessário um trabalho de atenção integral às vítimas de violência e às suas famílias, um trabalho que estimule a prevenção da violência e a promoção da saúde.

No referido documento foram encontrados os seguintes repertórios: “crianças e adolescentes são sujeitos de direitos”, “atenção integral”, “políticas sociais e direitos humanos”, “orientar ações e pactuar estratégias”, “integralidade do cuidado”, “modo equitativo”, “sensibilizar e orientar gestores”, “violência gera altos custos econômicos e sociais para a sociedade”. Esses repertórios possibilitam entender como circulam dentro do documento o sentido de violência contra crianças e adolescentes, políticas públicas e notificação.

O segundo documento (D2), publicado pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde, em 2011, é considerado um instrutivo para a notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. O documento explica detalhadamente como a ficha deve ser preenchida, quais os campos são de preenchimento obrigatório, e traz mais informações a respeito da história do surgimento da referida ficha utilizada pelos

profissionais. Além disso, apresenta diversos dados a respeito da violência para chamar a atenção do/a leitor/a para a gravidade deste problema.

O MS publicou o instrutivo D2 visando à padronização do preenchimento da Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, para ser efetivamente uma ferramenta de coleta de dados. É um documento construído coletivamente, com a participação de gestores e profissionais do próprio MS e de outras instituições governamentais, instituições de ensino e pesquisa e parcerias não governamentais.

No D2 foram encontrados os seguintes repertórios: “atenção integral e humanizada”, “proteção e garantia de direitos humanos”, “multiprofissional”, “intersectorial”, “a violência exerce um grande peso econômico e social no SUS”, “implementação das políticas públicas”, “vigilância epidemiológica”, que representam os sentidos atribuídos à ficha de notificação por esse documento oficial.

Percebemos também, que os documentos D1 e D2 não chegam a todos/as os/as profissionais que atendem as vítimas de violência, o que mostra a precariedade ou até mesmo a inexistência de diálogo entre os/as profissionais das diferentes áreas. Contudo, o desinteresse das próprias profissionais é notório, visto que essas informações podem ser solicitadas ao Distrito Sanitário ou até mesmo encontradas na internet.

Os dois documentos trazem a criança e o/a adolescente como sujeitos de direitos e que devem receber atenção integral e prioridade absoluta por parte dos/as profissionais de saúde, cumprindo as prerrogativas da Constituição de 1988 e do ECA. Porém, sabemos que a realidade da saúde pública no Brasil é bem diferente e a maioria dos serviços não tem profissionais suficientes para garantir essa prioridade e por isso a atenção integral também fica de certa forma defasada.

A pesquisa documental bibliográfica foi realizada no banco de periódicos do Scielo

e no Portal de periódicos da PUC Goiás. Foram encontrados diversos artigos, porém listamos somente os que mais se aproximaram aos objetivos dessa pesquisa. É possível notar que os artigos listados estão, de modo geral, mais ligados ao contexto da saúde.

Quadro 3. Lista de Artigos

	Autor	Ano	Título	Área do Conhecimento	Local da Publicação
1	Deslandes	1994	Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: Análise de um Serviço	Psicologia	Cadernos de Saúde Pública
2	Assis	1994	Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro	Saúde Pública	Cadernos de Saúde Pública
3	Deslandes	1999	O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”	Saúde Pública	Ciência e Saúde Coletiva
4	Gomes, Silva e Njaine	1999	Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico	Saúde Pública	Ciência e Saúde Coletiva
5	Gonçalves e Ferreira	2002	A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde	Medicina	Cadernos de Saúde Pública
6	Brito et al.	2005	Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção	Saúde Coletiva	Ciência e Saúde Coletiva
7	Deslandes et. al	2006	Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras	Psicologia, Enfermagem, Medicina etc.	Ciência e Saúde Coletiva
8	Sousa	2006	O estudo da exploração sexual de crianças e adolescentes por meio de documentos de domínio público	Psicologia	Psicologia para a América Latina
9	Bazon	2007	Maus-tratos na infância	Psicologia e	Ciência e Saúde

			e adolescência: Perspectiva dos mecanismos pessoais e coletivos de prevenção e intervenção	Educação	Coletiva
10	Santos e Dell'Aglio	2008	Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência	Psicologia	Estudos de Psicologia
11	Luna, Ferreira e Vieira	2010	Notificação de maus- tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família	Saúde Coletiva	Ciência e Saúde Coletiva
12	Martins	2010	Maus tratos contra crianças e adolescentes	Enfermagem	Revista Brasileira de Enfermagem
13	Paixão e Deslandes	2010	Análise das Políticas Públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil	Psicologia	Saúde e Sociedade
14	Mascarenh as, Malta, Silva, Lima, Carvalho e Oliveira	2010	Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007	Saúde Pública	Cadernos de Saúde Pública
15	Monteiro	2010	Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes	Serviço Social	Serviço Social e Sociedade
16	Paixão e Deslandes	2011	Abuso Sexual InfantoJuvenil: ações municipais da Saúde para a garantia do atendimento	Saúde Coletiva	Ciência e Saúde Coletiva
17	Lima e Deslandes	2011	A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros	Psicologia	Interface
18	Assis, Avanci, Pesce, Pires e Gomes	2012	Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil	Saúde Pública	Ciência e Saúde Coletiva
19	Bazon e	2013	Identificação e	Psicologia	Paidéia

	Faleiros		Notificação dos Maus-tratos Infantis no Setor Educacional		
20	Souza, Costa, Assis, Musse, Sobrinho e Amaral	2014	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infantojuvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil	Saúde Coletiva	Ciência e Saúde Coletiva

Dentre os artigos listados, destaca-se a pesquisa intitulada “Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras” (Deslandes et. al., 2006), a qual retrata a realidade de serviços que atendem vítimas de acidentes e violência. Os/as autores/as analisam atividades e estratégias de atendimento utilizadas pelos/as profissionais focalizando as diversas políticas públicas, sobretudo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Um aspecto recorrente nos artigos refere-se à discussão do tema da notificação compulsória para casos suspeitos ou confirmados de violência contra a criança e o/a adolescente, ratificando a importância desse procedimento expresso nas políticas públicas. Porém, nas pesquisas identificadas, percebe-se que há uma tensão na explicação dos motivos que dificultam a realização da notificação por parte dos/as profissionais. Alguns artigos responsabilizam os/as profissionais, outros apontam fragilidades no sistema, ou seja, na elaboração das políticas públicas e/ou na sua execução.

De acordo com Deslandes (1994), a maioria dos casos de violência que chegam aos serviços de saúde não são identificados, e o maior problema para a sua identificação eficaz se expressa no medo ou na recusa do/a profissional de se envolver com o que é considerado um problema “alheio” e/ou um “problema de família”.

Luna, Ferreira e Vieira (2010) retratam que a dificuldade dos/as profissionais da Estratégia de Saúde da Família ocorre, muitas vezes, devido ao desconhecimento da ficha

de notificação e devido à falta de treinamento/capacitação para trabalhar com a temática.

4.2 Análises das Entrevistas

Tendo como foco a linguagem para a construção dos sentidos sobre violência, justificamos, assim, a escolha do método das Práticas Discursivas para a análise das entrevistas. Nesse tipo de análise, o interesse principal dirige-se para a dinâmica, os conteúdos e os repertórios linguísticos que as pessoas constroem nas relações sociais cotidianas (Spink, 2000).

Para a análise das entrevistas como práticas discursivas, o primeiro passo foi realizar a transcrição literal das gravações e, logo depois, fazer a imersão no material, deixando assim, segundo Souza (2013), aflorar os sentidos, sem colocá-los previamente em classificações ou categorizações.

Após essa primeira etapa, foram construídas as transcrições sequenciais, e, depois da análise das transcrições sequenciais, foram captados os temas que surgiram nas entrevistas. Por fim, foram construídos os mapas dialógicos a partir de trechos das falas selecionadas e de seus temas.

O mapa dialógico, de acordo com Nascimento, Tavanti e Pereira (2014), “é um recurso que nos permite dar visibilidade aos passos dados na construção da pesquisa e à dialogia presente nos discursos analisados” (p. 248). Segundo os/as autores/as:

O processo de análise exige que o/a pesquisador/a se debruce sobre o material a ser analisado, que dedique tempo para escutar o áudio, ler textos, ver imagens e/ou ler transcrições quantas vezes forem necessárias. Ele demanda um trabalho criterioso, sistemático e disciplinado, o que significa, por vezes, o caminho mais difícil e longo. Desse modo, a escolha por qual(is) recurso(s) utilizar na análise das informações depende tanto do interesse, da disponibilidade e do compromisso de

quem realiza a pesquisa como do que está sendo estudado, dos objetivos, dos resultados e do posicionamento ético-político (p.248).

Na sequência, conheceremos as psicólogas participantes dessa pesquisa.

4.2.1 Conhecendo as entrevistadas⁶

Débora

Psicóloga, 42 anos, branca, evangélica. Atua na Secretaria Municipal de Goiânia há 12 anos e é formada há aproximadamente 16 anos.

Sandra

Psicóloga, 36 anos, branca, católica. Atua na Secretaria Municipal de Goiânia há 4 anos e é formada há aproximadamente 12 anos.

Cláudia

Psicóloga, 52 anos, branca, católica. Atua na Secretaria Municipal de Goiânia há 12 anos e é formada há aproximadamente 29 anos.

Fernanda

Psicóloga e Assistente Social, 54 anos, branca, católica. Atua na Secretaria Municipal de Goiânia há 4 anos e é formada há aproximadamente 11 anos.

Marisa

Psicóloga, 34 anos, branca, católica. Atua na Secretaria Municipal de Goiânia há 6 anos e é formada há aproximadamente 8 anos.

Fabiana

Psicóloga, 65 anos, parda, católica. Atua na Secretaria Municipal de Goiânia há 12 anos e é formada há aproximadamente 30 anos.

⁶ Os nomes apresentados são todos fictícios.

Quadro 4. Demonstrativo do Perfil das profissionais

Nome	Idade	Religião	Raça	Tempo de atuação na SMS	Tempo de formação acadêmica	IES em que se graduou
Débora	42	Evangélica	Branca	12 anos	16 anos	UCG
Sandra	36	Católica	Branca	4 anos	12 anos	*
Cláudia	52	Católica	Branca	12 anos	29 anos	UCG
Fernanda	54	Católica	Branca	4 anos	11 anos	UCG
Marisa	34	Católica	Branca	6 anos	8 anos	*
Fabiana	65	Católica	Parda	12 anos	30 anos	UCG

*⁷

Um ponto que precisamos destacar nesse quadro é a prevalência de mulheres, brancas e católicas nos serviços pesquisados. Isto corrobora a pesquisa realizada pelo CREPOP (2009), a respeito da atuação dos/as psicólogos/as nas políticas públicas de atenção básica, que aponta uma porcentagem de 81,3% de mulheres trabalhando nesse campo de atuação enquanto apenas 18,7% são homens. A pesquisa aponta também que 74,4% se definem como da raça branca, 19,2% da raça parda e apenas 3,4% da raça negra.

Outro ponto relevante é a média de trabalho como funcionárias efetivas da SMS de Goiânia que é aproximadamente 8 anos, e a média de tempo de formação que é de aproximadamente 17 anos. Isso significa que todas já possuem um caminho profissional antes de entrar no serviço público de saúde na SMS de Goiânia.

4.3 Repertórios e sentidos sobre Violência

Tendo como foco as definições de violência apresentadas no capítulo 3, como a de Habigzang e Kolller (2011), que caracterizam a violência como todo ato ou omissão da

⁷ As profissionais não foram encontradas novamente para repassar essa informação, pois foi um questionamento que surgiu depois das entrevistas.

sociedade que não garante condições saudáveis para o crescimento da criança e do adolescente ou que viole os seus direitos previstos em lei, podemos acompanhar algumas falas das participantes dessa pesquisa por meio dos repertórios atribuídos à violência contra crianças e adolescentes. Antes disso, retomamos o conceito de repertório.

Segundo Spink e Medrado (2013), os repertórios são definidos como “conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem” (p.47). São utilizados para construir versões das ações, eventos e outros fenômenos que estão a nossa volta. Uma das finalidades da entrevista é justamente esta: entender a circulação dos repertórios de um determinado grupo em um dado momento histórico e social (Aragaki e cols., 2014). Tais repertórios sempre estão posicionados em algum lugar, em um determinado tempo, mesmo que isto não esteja claro.

O estudo dos repertórios interpretativos possibilita entender como o conceito de violência é compreendido pelas profissionais entrevistadas. Fornece condições para entender a variabilidade e dinâmica dos conceitos em questão, com vistas a identificar a polissemia de sentidos nos discursos produzidos.

Por meio das nomeações para o fenômeno da violência, podemos também acompanhar os sentidos que vão sendo conferidos pelos termos utilizados. Para as entrevistadas, a violência contra crianças e adolescentes é nomeada e entendida como:

“Violência é agressão né, é tirar o direito do outro de ir e vir, em cárcere ou não, é tirar a liberdade da pessoa de falar, de viver, de escolher” (...) (Débora).

“(...) tudo que de um certo modo atinge a criança, negativamente, tanto a violência física como a psicológica, que faz mal, prejudica a criança (...)” (Cláudia).

“(...) qualquer coisa relacionada com tirar o direito da criança é violência pra mim, porque não tem só a violência física, tem também a violência psicológica, as pessoas usam muito as crianças pra, aquela questão de marido e mulher, que

ficam brigando judicialmente, com separação, então ficam usando muito as crianças e parentalizando (...)” (Fernanda).

“(...) acho que surras, gritos, brigas, palmadas, tudo isso se enquadra como violência (...). “(...) Às vezes a gente usa muito desse poder de adultos em cima da criança e do adolescente achando que tem que bater, gritar... acho que não... isso tudo pra mim é uma forma de violência, não é só aquela clássica de espancamento, é lógico que a de espancamento gera agressão física, já gera outras né... outros... em maior grau, mas não deixa de ter. E aquela psicológica, você é burro, você não dá conta, você é incapaz, ah o seu irmão consegue e você não, eu acho que isso também vai trabalhando... abaixando a auto estima dessa criança, pode levar ela, às vezes, ao uso de drogas, pode dar várias coisas, é uma violência né, constante, essa que é silenciosa, que a gente fala que é silenciosa né, ninguém tá vendo mas é todo dia (...). Querer exigir que a criança seja a melhor em tudo (...). A partir do momento que você tira a autonomia do outro, você tira a privacidade do outro, que você tira o poder de escolha do outro, você tá violentando emocionalmente aquele outro e vai gerar consequências (...)” (Marisa).

“(...) Toda a agressão que se faz à criança, todos os maus tratos que se pratica contra a criança né, o fato de ser uma relação de poder... então assim, fundamentalmente por ser criança né, a questão do tamanho entra aí, a questão do adulto poder mais né, e quando se trata da violência na família, muitas vezes é pai que já tem autoridade também né, esse poder de autoridade e a criança é subjugada a isso né, então é muito uma relação de poder aí e que faz a criança, trata a criança como se fosse um objeto, uma coisa que ele pode fazer o que ele bem entende (...)” (Fabiana).

Os trechos anteriormente destacados das falas das participantes contêm termos e

expressões que compõem o que chamamos de repertórios interpretativos, são eles: “agressão”, “tirar”, “poder”, “tirar a liberdade”, “tirar o direito”, “surras”, “gritos”, “palmadas”, “usar”, “exigir”, “tirar a autonomia”, “a criança é subjugada”, “relação de poder”, “espancamento”, “incapaz”, “burro”.

Podemos perceber que os sentidos sobre violência variam entre as profissionais. Algumas apresentam uma visão mais contemporânea, ou seja, utilizam uma linguagem mais relacionada à ideia de que a violência está ligada à privação dos direitos humanos e do exercício da cidadania, como percebemos nas falas de Débora, Fernanda e Marisa, que afirmam muitas vezes “tirar o direito”, “tirar a liberdade”, “tirar a autonomia”, “tirar a privacidade”, “tirar o poder de escolha”. Já nas falas de Sandra, Cláudia e Fabiana prevalece uma visão mais ligada ao problema estritamente físico ou psicológico, como, por exemplo, “faz mal”, “prejudica”, “surras”, “gritos”, “palmadas”, “bater”, “agressão física”, “espancamento”, “maus-tratos”, “criança subjugada”.

Elas demonstram ter conhecimento do caráter multifacetado e multicausal da violência, ou seja, compreendem que existem vários tipos e várias causas da violência, pois apresentam posicionamentos que permitem afirmar isto. Dentre as várias explicações atribuídas pelas profissionais às causas da violência percebemos que elas indicam a assimetria de poder. Esta questão nos remete às crianças e aos adolescentes como sujeitos subalternos, ou seja, nos remete ao conceito de subalternidade de alguns grupos sociais, “àquele cuja voz não pode ser ouvida”, como retrata Spivak (2010, p.12). Para a autora, a condição de subalternidade não é dada e sim construída pelas relações de poder desiguais.

Segundo Moreira, Sousa e Silva (2013), as relações assimétricas de poder são onde a violência se origina, atingindo de forma mais grandiosa os sujeitos e/ou grupos subalternos. Surge, então, o seguinte questionamento: ter em mente as definições e teorizações a respeito da violência tem sido suficiente para a sensibilização das

profissionais para a ação de notificar?

4.4 Repertórios e sentidos sobre a Notificação

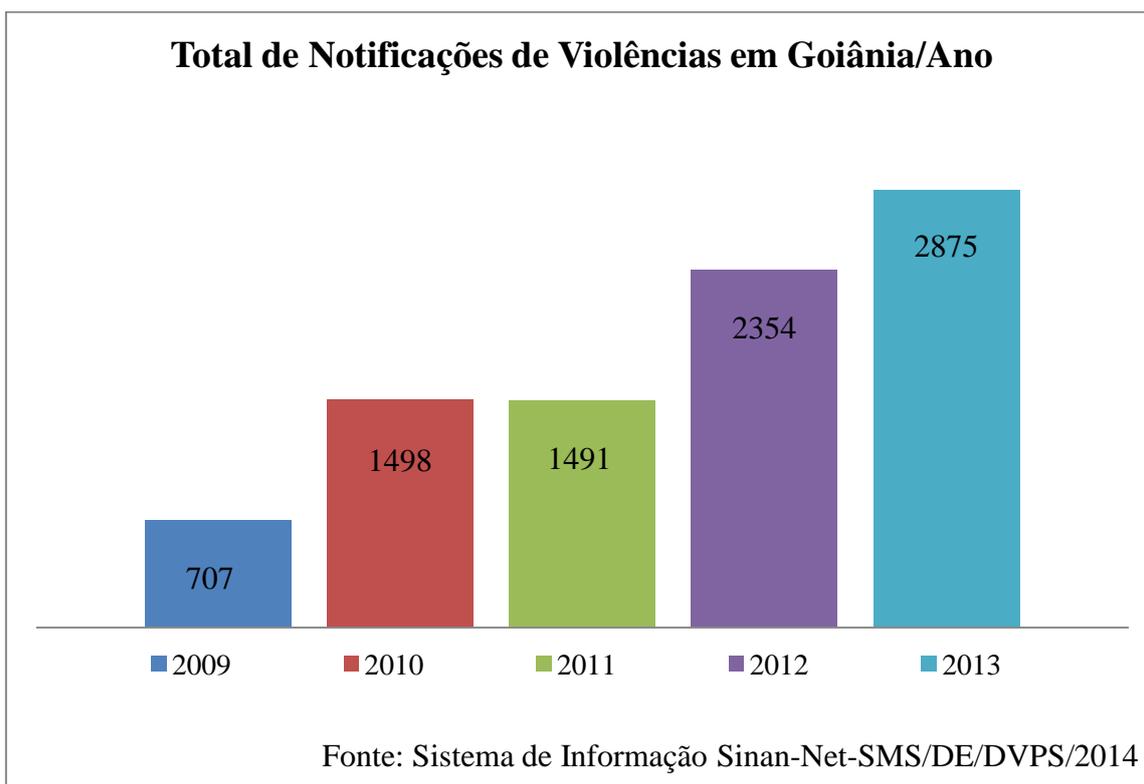
Antes de adentrarmos no território das nomeações e compreensão por parte das profissionais dos sentidos atribuídos ao ato de notificar é necessário que retomemos brevemente a importância desse procedimento como uma das ações fundamentais para o sucesso de uma política pública no combate à violência. Retomamos também alguns dados locais sobre a prática da notificação.

A notificação da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências foi implantada no SINAN em 2009. Deve ser realizada de forma universal, contínua e compulsória nas situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, atendendo, assim, às Leis 8.069 – Estatuto da Criança e Adolescente, 10.741 – Estatuto do Idoso e 10.778 – Notificação de Violência contra a Mulher.

Para conhecer o panorama dessas notificações no município de Goiânia-Goiás, foram colhidos dados no SINAN, sistema que tem por objetivo registrar e processar os dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal.

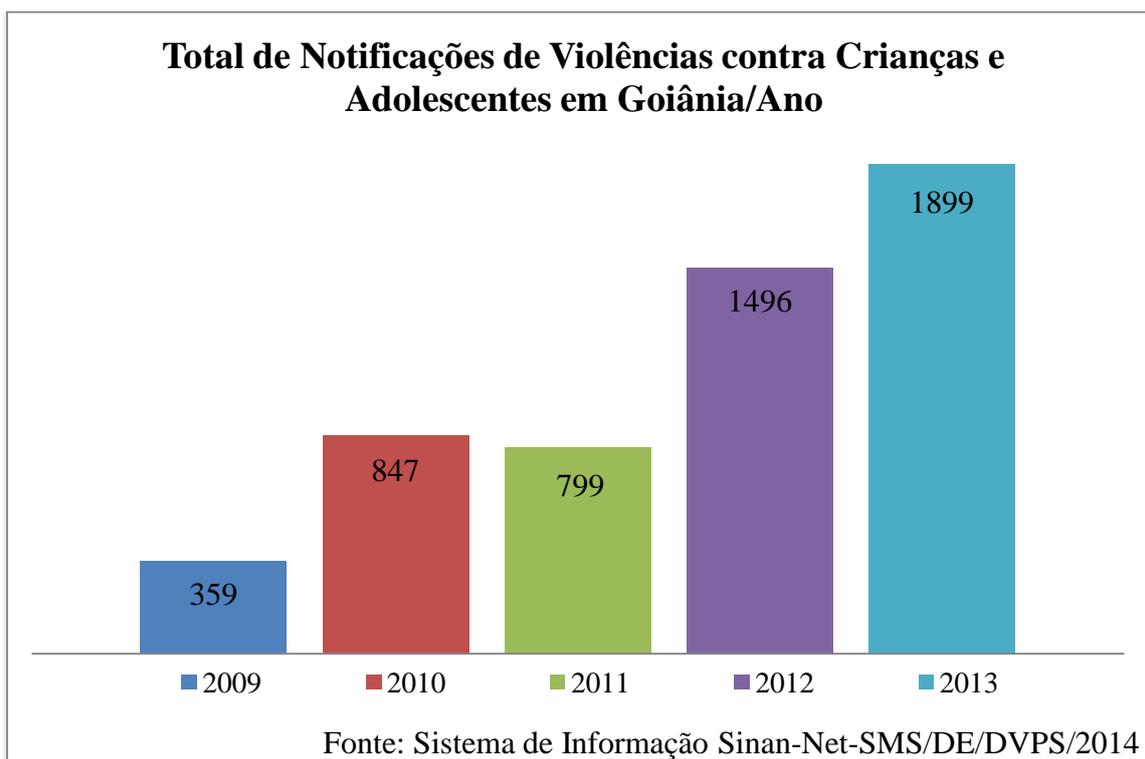
Devemos considerar que os números registrados pelo SINAN representam somente a ponta do iceberg das violências cotidianas que efetivamente acontecem. Por trás desse quantitativo visível, um enorme número de violências cotidianas nunca chega à luz pública (Waiselfisz, 2012).

As fichas consideradas nesta pesquisa datam do ano de 2009 – ano em que teve início a digitalização das notificações em Goiânia – 2010, 2011, 2012 e 2013.

Gráfico 1. Notificações de Violências em Goiânia por ano

Podemos perceber que o número total de notificações realizadas em Goiânia, incluindo todas as faixas etárias, é crescente a cada ano. Porém, quando se considera que Goiânia é uma cidade com aproximadamente 1.300.000 de habitantes (IBGE, 2010), entende-se que esse número é muito baixo e que ainda existe uma grande quantidade de subnotificações no município.

O gráfico seguinte mostra o número total de notificações de violências contra crianças e adolescentes realizadas em Goiânia.

Gráfico 2. Notificações de Violências contra Crianças e Adolescentes em Goiânia por ano

Comparando o número das notificações feitas das violências contra crianças e adolescentes (Quadro 2) com o número total de notificações realizadas em Goiânia (Quadro 1), percebe-se que a porcentagem referente às notificações de violências praticadas contra crianças e adolescentes é sempre superior a 50% em relação às violências praticadas contra adultos. Isto confirma o que a literatura diz: que a violência contra crianças e adolescentes é mais denunciada e, conseqüentemente, mais notificada pelos/as profissionais.

Explorando um pouco mais os dados colhidos das fichas de notificação, refletimos sobre o papel do/a profissional psicólogo/a como notificador. Percebemos que em todos os anos pesquisados, este/a profissional não apresenta um número significativo de notificações realizadas dos casos de violência.

No ano de 2009, foram registradas 15 notificações feitas por psicólogos/as na cidade de Goiânia; em 2010, foram 13 registros; em 2011 e 2012, somente 10 registros em

cada ano; e, em 2013, o número aumentou para 21 registros de notificações feitas por psicólogos/as.

Um dos pontos que podemos levantar é a falta de preparação dos/as profissionais para trabalhar com essa temática e também a falta de disciplinas específicas sobre políticas públicas nos currículos das faculdades de psicologia. Como exemplo podemos citar a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (antiga UCG – local onde a maioria das entrevistadas obteve a formação), que implementou a nova grade do curso de psicologia no segundo semestre de 2006 e somente a partir daí foi incluída uma matéria obrigatória específica: “Psicologia das Instituições e Políticas Públicas”. Nas grades anteriores não havia espaço para discussões sobre essa problemática, salvo se algum professor/a a trouxesse à tona em outras matérias.

Goya e Raserá (2007) afirmam que tradicionalmente os cursos de psicologia são marcados pela psicologia clínica, com ênfase principalmente no campo curativo e assistencialista, e também na psicologia de longo prazo. Para Dimenstein (2001), o maior desafio da inserção da psicologia nos contextos de saúde pública, tem sido a própria formação em psicologia. Nestes contextos exigem-se novas posturas e novas realidades para as quais o profissional não havia sido preparado/a durante a graduação.

Esta defasagem entre a formação do/a psicólogo/a e as necessidades atuais da saúde pública no Brasil tem levado os psicólogos que trabalham nessa área ao enfrentamento de inúmeros desafios, tais como o desconhecimento do SUS e das instituições de saúde pública (Goya e Raserá, 2007, p. 2).

Outro desafio que pode ser citado aqui é o de como lidar com a questão da violência, que causa um grande peso social e econômico no SUS e, cada vez mais, vem ganhando visibilidade no cenário nacional, chamando à responsabilidade, principalmente, o Estado, que reconhece a sua repercussão e trata-a como um desafio diário a ser

enfrentado pelos órgãos públicos.

Os órgãos públicos ligados à área da saúde são, dentre os órgãos governamentais, os principais combatentes do problema da violência, pelo fato de esta ser reconhecida como um grave problema de saúde pública. Por esse motivo, o Ministério da Saúde tem buscado, nas últimas décadas, construir ações que deem conta de atuar sobre o fenômeno, segundo explica Sonogo (2006). Essas ações se concretizam nas políticas públicas.

Em 2001, foi implantada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Em 2006, as ações de prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde foram priorizadas na Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006a). Esses marcos são considerados como políticas públicas importantes para a vigilância das violências.

As políticas públicas são criadas para garantir direitos assegurados constitucionalmente, porém, muitas vezes, deparamo-nos com profissionais despreparados/as pra trabalhar nessa área.

Percebemos que algumas profissionais que participaram da presente pesquisa não sabiam explicar o que eram as políticas públicas, como pode ser observado nos relatos a seguir.

*“Política Pública? ham... na época eu fiz um curso daquele invertendo a rota?”
(Débora).*

“Quando eu fiz estágio eu fiz no Cidadão 2000, então a gente ficou na questão dos NUEC na época, os NUECSs eram um suporte que tavam dentro da política pública do SUAS né, era o PETI que é o Programa de Erradicação ao trabalho infantil, então a gente trabalhava nessa área, né, do NUEC, era um núcleo né, era esse suporte, a gente recebia crianças que tinham sofrido o abuso, crianças vítimas de violência” (Sandra).

“(...) bom como que vou te explicar, lá no Materno Infantil ele é especializado pra isso, pra fazer todos os exames, então é tudo encaminhado pra lá. Chega o usuário aqui, eu vou fazer o atendimento, vou notificar e tudo, mas ele é direcionado, no caso de crianças e adolescentes, lá pro Materno Infantil” (Cláudia).

“Tem o conselho tutelar né, e tem... na área de violência, só o conselho tutelar que eu conheço. Tem o... como é que chama lá... Delegacia da criança e do adolescente que atende, tem o Juizado, não é juizado mais, como é que chama, onde tem o delegado, o juiz... o Juizado da infância e da juventude. Então os que eu conheço são esses” (Fernanda).

“Eu agora não to lembrada de nenhuma. Quando eu tava fazendo a capacitação de violência, eles falaram algumas coisas, mas agora não tenho recordação (...)” (Marisa).

Podemos perceber que as profissionais entendem as políticas públicas somente como estruturas de serviços de atendimentos aos casos de violência contra crianças e adolescentes. Para comprovar isso destacamos os seguintes repertórios utilizados: “Invertendo a rota”, “Cidadão 2000”, “NUEC”, “PETI”, “Materno Infantil”, “Delegacia da Criança e do Adolescente”, “Juizado da Infância e da Juventude”.

Na fala das profissionais Sandra e Marisa, podemos destacar que elas reconhecem e apontam a contribuição de outros atores sociais na formação delas (vozes): “Quando eu fiz estágio eu fiz no Cidadão 2000, então a gente ficou na questão dos NUEC na época”, “Quando eu tava fazendo a capacitação de violência, eles falaram algumas coisas, mas agora não tenho recordação”. Percebe-se que elas reconhecem o estágio e a capacitação como influências no entendimento das políticas públicas.

Já a fala da profissional Fabiana, tem uma linguagem diferenciada, pois ela reconhece que o próprio atendimento é uma política pública e de referência.

“(...) inclusive o nosso atendimento é uma política pública nós somos considerados referência em atendimentos a crianças vítimas de violência, então nosso Caps, por ser assim, é uma política, que a gente presta” (Fabiana).

Percebemos também que nenhuma das profissionais compreende a Ficha de Notificação como uma política pública, e também não consideram que essas políticas são eficazes.

“(...) não tem... não posso dizer que eu tenho certeza absoluta mas é bem provável que a maioria das mulheres que precisam de um atendimento psicoterápico, das crianças, da família, relacionados a questão da violência, não estão sendo atendidas. Sei por isso, porque nós aqui temos o público, a gente recebe essas pessoas e pra encaminhar é muito difícil, não tem profissional suficiente para atender, aqui na nossa região, né. Agora, com a rede de violência que eles tão discutindo, que a psicóloga do distrito falou que dá prioridade, mas eu tenho certeza que eles não tem condições de dar prioridade para todos os casos que a gente atende” (Débora).

“Não, eu acho assim, não só a política pública dessa questão, as políticas públicas no geral né, tanto o SUS, o SUAS, até a LDB, que é um suporte também, elas hoje na prática, não na teoria, na prática, que lida com a situação do brasileiro, a corrupção, tudo isso deixa de ser culpado né, onde que a gente tem uma teoria ótima mas na prática condições... né, pra atender, você pode olhar aqui, a condição pra atender, acolher essas, né, a vítima, ou até mesmo o culpado (...)” (Sandra).

“(...) eu não tenho mais contato com isso, aquele contato que eu tinha. E quando eu tinha aquele contato, não são, não são. O conselho tutelar não tem muita eficácia, é muito, eu to falando na minha experiência, é como aqui, a gente não

tem instrumentos, a gente não tem material pra trabalhar mesmo, pra fazer com que as coisas aconteçam, às vezes a gente fica assim com a cabeça... pensando, meu Deus, o que eu vou fazer, porque aquilo é violência, aquilo tá acontecendo, acontece que a gente às vezes tem sorte, os meninos vão e tem boa vontade mas não é muito eficaz (...)” (Fernanda).

Os repertórios “não estão sendo atendidas”, “encaminhar é muito difícil”, “não tem profissional suficiente”, “não tem condições de dar prioridade para todos”, “não são, não são”, “não tem muita eficácia”, “não tem instrumentos”, “não tem material” representam os sentidos negativos atribuídos por essas profissionais às políticas públicas. Porém, mesmo não reconhecendo as políticas públicas como algo realmente eficaz, as profissionais psicólogas reconhecem que são por meio dos dados colhidos na notificação que se planejam as políticas públicas:

“É pela ficha de notificação é que se tem a quantidade de casos a serem atendidos né e é daí que vão sair as políticas públicas, de ver a necessidade realmente que existe essa, esse grande número de pessoas violentadas né, e assim são poucas as pessoas que vão até uma delegacia ou um local pra poder falar né” (Débora).

“Eu acho que é importante ela ser preenchida né, até mesmo pra é... primeiro pra prevenção, políticas de prevenção, políticas de enfrentamento da violência, é... tratamentos mesmo, políticas de tratamento das consequências dessa violência, e então eu acho que ela é importante porque ela vai tá retratando os casos, e pra estabelecimento dessas políticas, então assim, é uma estatística que se faz a partir das notificações e com essa estatística vai nortear essas políticas, então eu acho muito importante (...)” (Fabiana).

Nas falas de Débora e Fabiana, citadas anteriormente, compreendemos que elas entendem a importância da ficha de notificação como uma questão epidemiológica, ou

seja, utilizada para o desenvolvimento de estratégias para a proteção e promoção da saúde da população.

Identificamos, também, que elas entendem a notificação simplesmente como uma questão numérica, que vai contribuir para a questão epidemiológica, como observamos nas seguintes falas:

“(...) eu sei que o profissional é obrigado a notificar (...)”. “(...) mas eu sei que o profissional é obrigado a notificar e assim uma coisa que eu bato muito na tecla com os colegas, que às vezes eles falam, discutem o caso e aí eu pergunto você já preencheu a ficha de notificação? ah não, não preenchi não, mas ela passou pelo Cais. Mas você não sabe se lá no Cais já notificou, você que atendeu, que ouviu, se é violentado você tem que preencher a ficha, mas isso é entre os colegas que não preenchem, eu tenho essa responsabilidade de preencher”. (Débora)

“(...) todos são preparados pra fazer, a gente é obrigado a preencher a ficha, com ou sem consentimento de mãe, ou do responsável, a gente faz e, na verdade a gente nem fala que faz a ficha, a gente é obrigado a fazer e mandar pra frente”. (Cláudia)

Percebe-se que as duas entrevistadas retratam a questão da obrigatoriedade de o/a profissional notificar: o termo que mais se repete nas falas é obrigação “(...) mas eu sei que o profissional é obrigado a notificar (...)”; “(...) todos são preparados pra fazer, a gente é obrigado a preencher a ficha (...)”. No entanto, mesmo tendo consciência de que a ação de notificar é compulsória, persiste o problema da subnotificação nos serviços pesquisados.

Mesmo quando a profissional Débora retrata a questão “*eu tenho essa responsabilidade de preencher*” percebemos que essa responsabilidade tem caráter de obrigatoriedade, e não parece ser decidida conscientemente ou por vontade própria ou porque sabe da importância da ficha, mas é entendida como uma pressão externa, de que a

ficha deve ser preenchida, pois é uma norma estabelecida para os/as profissionais cumprirem.

Outro ponto que podemos destacar das falas das profissionais é a dificuldade para preencher a ficha:

(...) “às vezes não é fácil preencher e num serviço que a gente atende, uma demanda muito grande, ai você tem que parar pra fazer aquilo, ai você não sabe, você tem que parar pra ligar pra outro lugar e perguntar, eu acho que tudo isso dificulta” (Débora).

“Eu acho que algumas coisas, assim, às vezes, algumas informações que são um pouco confusas, tanto que sempre, eu nunca consigo responder ela plenamente, sempre tem alguma falha, alguma correção que tem que ser feita. É... acho que talvez ela não é muito, é pouco clara (...)” (Marisa).

“(...) a gente foi se virando pra entender, o que tinha dúvida, a gente ligava e perguntava, porque ela é um pouco complicadinha (...)” (Débora).

“(...) mas eu tenho muita dificuldade mesmo, por ser aquela ficha cheia de quadradinho e cheia de coisinhas e eu acho que eu tenho uma ansiedade muito grande comigo que eu não aguento aqueles quadradinhos, ter que preencher aquilo, então eu sinto tão irritada quando eu to preenchendo aquilo, ai eu erro e mais irritada eu fico e tenho vontade de não preencher (risos) ai acabo acumulando ficha pra preencher e pra mandar, se eu pudesse não fazer esses acolhimentos, eu fazer os acolhimentos mas outra pessoa preencher a ficha de notificação sabe (...)” (Marisa).

Os repertórios que podem ser destacados a partir dessas falas são: “demanda muito grande”, “parar pra fazer aquilo”, “dificulta”, “confusa”, “nunca consigo responder ela plenamente”, “falha”, “pouco clara”, “complicadinha”, “a gente foi se virando pra

entender”, “dificuldade”, “cheia de quadradinho e cheia de coisinhas”, “vontade de não preencher”, “acumulando”, demonstram os sentidos atribuídos pelas profissionais à ficha de notificação e à dificuldade em preenchê-la, muitas vezes devido à alta demanda do serviço, porém, muitas vezes por falta de vontade própria e/ou falta de capacitação.

A reflexão que se faz necessária nesse momento é que sem dúvida o investimento na capacitação precisa ser priorizado, como elas mesmas retratam:

“(...) eu acho assim, que deveria ter mais capacitações, porque igual eu te falei, tem muita gente que não preenche, porque não tem conhecimento da ficha, não tem conhecimento da necessidade. Inclusive, a poucos dias foi falado dessa ficha e todo mundo falou: ah, não tem essa ficha aqui, eu falei tem, tem sim (...)” “(...)eu realmente não vejo ninguém usando, eu acho que isso é falho. Então acho assim, que deveria ter um trabalho nesse sentido, de explicar a importância, porque muita gente não sabe, que é pela ficha de notificação é que se tem a quantidade de casos a serem atendidos né e é...que daí que vão sair as políticas públicas, de ver a necessidade realmente que existe essa, esse grande numero de pessoas violentadas né, e assim são poucas as pessoas que vão até uma delegacia ou um local pra poder falar né, e as vezes num atendimento ou outro que escorrega e conta (...)” (Débora).

“(...) eles ensinaram como que a gente ia preencher, tanto quando suspeita como compulsória, é quanto já confirmado, no caso da criança tem que já fazer a notificação e já compulsória a denúncia, a mulher não pode escolher, então eles assim...até pra dados, que o governo possa tá lidando com isso, então eles passaram e ensinaram o passo a passo como utiliza-la, só que acaba, como eu falei, foi a muitos anos, não tem uma continuidade desse tipo de ...então os novos que forem entrando não sei se (...)” (Marisa).

Podemos perceber que a capacitação é uma necessidade e o não preenchimento da ficha não é somente uma falha do/a profissional, o problema é bem maior. Pode ser que alguns casos revelem o desinteresse dos/as próprios/as profissionais, mas há também que se considerar a necessidade de uma melhor organização e planejamento dos serviços ofertados pelas Unidades de Saúde, pois a rotatividade de profissionais é alta e, muitas vezes, o/a profissional não tem informações sobre esses instrumentos que podem auxiliá-lo no dia-a-dia, nem que existem capacitações específicas para aprender a utilizar a ficha de notificação e saber como encaminhar os casos.

Outro aspecto observado refere-se à realidade dos serviços públicos nos quais os/as profissionais têm de lidar com uma quantidade enorme de atendimentos e têm pouco tempo destinado às capacitações.

Existe uma distância muito grande entre os/as profissionais que atendem e estão na ponta e os/as profissionais que pensam e planejam as políticas públicas. Os/as que pensam o planejamento dessas políticas, muitas vezes, não têm conhecimento da ponta e, muitas vezes, os da ponta não têm conhecimento desse planejamento. Por isso é importante estabelecer um espaço de reflexão coletiva para que esses problemas sejam expostos e a proposta de notificação seja construída conjuntamente. De acordo com a profissional Débora:

“Quem tá na ponta é que sabe das dificuldades que a gente tem pra encaminhar, todos os encaminhamentos que a gente precisa fazer é difícil, mas a gente não pode negar, temos que atender todo mundo”.

“(...) a gente tem na região 3 psicólogas, mas a agenda é lotada, tem uma fila de espera grande, e o distrito fala que prioriza o atendimento que a gente pode ligar lá, mas a gente sabe que não funciona bem assim, né, então a gente, vem essa pessoa e começa essa angústia, a gente sabe que a pessoa precisa de atendimento,

que a gente não vai da pra ela e a gente vai colocar na... pra rede atender, vai colocar na lista de espera e capaz que a hora que ela for chamada, o problema dela ou, já não tem solução ou já passou ou ela arrumou outras formas pra descartar”.

Destacamos os repertórios “difícil”, “lotada”, “fila de espera”, “lista de espera”, “dificuldade” para entender o que a profissional quer mostrar, que, muitas vezes, as dificuldades só aparecem no momento dos atendimentos. E um dos maiores problemas que podemos identificar aqui é a falta de pessoal qualificado para trabalhar com a temática da violência e uma enorme frustração, pois a demanda é muito alta e muitas vezes o/a profissional não consegue atender a todos os casos.

Outra dificuldade que se percebe é a dificuldade de encaminhar as vítimas de violência através da Rede de Atenção, devido à falta de capacitações eficazes para as pessoas que atuam nesses serviços. As falas das psicólogas corroboram isso:

“(...) eu assim, eu falei que conheço a rede de modo geral, mas eu não acho que ela funciona fechadinha não” (Débora).

“(...) eu não vejo uma rede muito fixa, eu vejo assim, as pessoas sem preparo pra isso, então assim, a gente faz o encaminhamento que é protocolo né, se tem criança que chega você tem que acionar o conselho tutelar, mas ao meu ver, infelizmente, tem poucos que são preparados pra poder realmente atuar, fazer o que tem que ser feito, sem invadir, sem já julgar” (Marisa).

No entanto, mesmo tendo dificuldade para encaminhar esses casos, elas compreendem o importantíssimo papel dessa Rede e afirmam:

“(...) acho que a gente tem que acolher, tem que orientar, tratar, prevenir” (Débora)

“Eu acho que é um suporte né, e o papel, o principal, é o suporte pra essas pessoas

que sofrem o abuso ou a questão da violência, no geral” (Sandra).

“eu vejo a rede assim, como condutora de um programa e como um auxiliar também, quando a gente precisa lança mão dela (...)” (Fabiana).

“(...) ela trabalha de um modo a integrar todos os profissionais, tanto assistente social, conselho tutelar, os psicólogos, enfermeiros, pra trabalhar de um modo conjunto, pra um auxiliar o outro no que for preciso. Assim, se eu pego um caso, eu saber pra que encaminhar, mesmo pelo telefone, pra ficar mais fácil essa comunicação, pra você saber que teve um atendimento, pra você ter...pra fazer a referência e ter a contra-referência, então assim, é pra poder caminhar né, esse paciente ele poder saber o que procurar e você ter certeza que ele vai ser atendido e que vai obter resultados aquilo que não vai ser uma coisa que vai ficar assim, totalmente largada. Então a rede, ela é justamente, a gente se fortalece nesse sentido, a gente se une pra poder ajudar o paciente”.

Com essas falas, podemos destacar os seguintes repertórios: “acolher”, “orientar”, “tratar”, “prevenir”, “condutora”, “auxiliar”, “integrar”, “referência”, “contra-referência”, “fortalece”, “une”, “ajudar” e destacar o sentido atribuído à rede como um auxílio para acolher e resolver os casos de violência. Porém, as profissionais têm dificuldade de se perceberem como integrantes dessa rede e se referem a ela somente como algo externo.

Para finalizar as análises, trazemos algumas falas que representam os sentidos que as profissionais atribuem à ficha de notificação e ao próprio engajamento com o seu preenchimento.

“(...) foi uma vez e a outra eu recusei, porque a própria profissional médica, eu sei ela que tinha que notificar, pois ela que foi o primeiro atendimento, ela também ficou insegura e eu recuei, nossa, foi assim, eu achei muito difícil, muitos dados, assim, dados que assim, não sei de onde nem tirar, achei ela muito complexa, eu

acredito, não sei, talvez poderia ser uma pesquisa, deve ir muita ficha mal preenchida, que não vai dá em nada, eu imagino assim, numa rotina de uma emergência né, que a gente tem que preencher lá cento e tantos itens parece...ai você preencher aquele tanto de item lá, tem que ser com cautela, tem uns dados lá que eu não sei nem onde procurar esses dados né, então eu acredito que vai muita ficha com o preenchimento errado, deixando em branco ou é feita de qualquer jeito né, porque ela é muito complexa, ela tinha que ser mais objetiva né, bem mais objetiva” (Sandra).

“Eu não preencho, eu fiz um preenchimento uma vez, porque sempre o paciente chega direto pro enfermeiro (...)” “(...) eu só preenchi uma ficha, sempre são os enfermeiros, e as vezes eles tem algum... alguma coisa errada, a gente vai lá e pede pra direção, anota o que o que foi feito de errado e... pra eles corrigirem e manda pra eles corrigirem” (Fernanda).

“Eu já notifiquei, faz tempo mas foi...como eu não faço direto, não tenho necessidade de fazer direto e geralmente quando chega o caso no cais são as enfermeiras que cuidam e quando vem do sistema já foi notificado, então normalmente não é muito necessário, mas eu já fiz umas 2 notificações (...)” (Marisa).

Com essas colocações, percebemos que mesmo as profissionais reconhecendo que a violência contra crianças e adolescentes existe, que causa um grande peso social e econômico nos serviços de saúde, que o/a profissional de saúde tem um papel muito importante na notificação dos casos e que a rede existe para auxiliá-los nessa tarefa, elas, como psicólogas dentro desses serviços de saúde, não apresentam grande comprometimento social e nem engajamento com o ato de notificar, preferindo, muitas vezes, deixar tal tarefa para outros profissionais de outras áreas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Difícil é dar por encerrada uma tarefa que provocou debates inesgotáveis. Sem dúvida, estudar o fenômeno da violência contra crianças e adolescentes é um grande desafio, assim como é um desafio ainda maior atuar nesta polêmica questão. Tal fato pode ser considerado um dos fenômenos sociais mais complexos, que exige muita capacidade de pesquisa, estudo, reflexão e intervenção por meio de ações e serviços articulados de forma interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial.

Pensando nisso, realizamos esse estudo para tentar compreender os sentidos atribuídos pelos/as profissionais psicólogos/as a esse fenômeno tão complexo que é a violência contra crianças e adolescentes.

Tomando como base as práticas discursivas, que são o foco central das análises no Construcionismo Social, foram analisados documentos de domínio público e as entrevistas realizadas com as profissionais psicólogas atuantes na SMS de Goiânia.

Para que isso fosse possível, respaldamo-nos, primeiramente, na literatura sobre violência e sobre a violência contra crianças e adolescentes para entender como esse fenômeno estava sendo estudado e compreendido pela sociedade. Concomitantemente a isso, passamos à identificação das leis, decretos, portarias e demais documentos oficiais com ênfase nesse tema. Organizados de forma diacrônica, esses documentos nos permitiram compreender como essa população é vista a partir das lentes do Estado e como as políticas públicas referentes à proteção e prevenção da violência contra crianças e adolescentes estão estruturadas.

Entre os órgãos governamentais, a área da saúde é a que mais tem se destacado na prevenção e combate à violência, tendo garantido, desde 2001, uma política pública específica (Política Nacional da Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências) voltada à atuação dos/as profissionais da área nessa problemática. Nesse

universo, os/as profissionais da saúde, incluindo os/as psicólogos/as, têm um papel primordial na identificação e notificação desses casos.

No município de Goiânia, local onde foi realizada essa pesquisa, a violência contra crianças e adolescentes representa um dos problemas mais presentes no cotidiano dos/as profissionais de saúde. Esta constatação vem exigindo dos/as profissionais, mais atenção e preparação para lidar com esses casos e a formulação de diferentes estratégias de prevenção e intervenção que proporcionem a minimização dos riscos e a garantia de qualidade de vida às vítimas. Algumas estratégias já estão sendo implementadas em Goiânia como, por exemplo: as reuniões de regionalização, que são reuniões organizadas pelo Distrito Sanitário e pela DPVPS, que acontecem mensalmente em cada DS, com a participação dos/as profissionais da atenção básica daquela determinada região e, às vezes, profissionais de outras áreas, como conselheiros tutelares ou profissionais da Secretaria de Assistência Social. Essa reunião funciona como uma capacitação para os/as profissionais e também para discussões de casos e esclarecimento de dúvidas.

Apesar de ser uma saída encontrada para acompanhar mais de perto o trabalho dos/as profissionais, essas reuniões não estão sendo muito eficazes, pois, na maioria das vezes, poucos/as profissionais participam e os/as que participam, não mantêm uma continuidade nas demais reuniões, demonstrando que existe uma rotatividade por parte dos profissionais para participar dos encontros.

No que se refere às dificuldades encontradas para a intervenção nos casos de violência contra crianças e adolescentes, um dos pontos mais preocupantes remete-se à baixa adesão das profissionais psicólogas no preenchimento da ficha de notificação compulsória para casos suspeitos ou confirmados de violência, o que contribui para a permanência da invisibilidade desses casos. Apesar das orientações técnicas para a sua aplicação, do reconhecimento como um importante instrumento na identificação dos casos

e como um instrumento epidemiológico para a criação de políticas públicas, a ficha continua a ser negligenciada na prática dessas profissionais.

Existe, por parte das profissionais, o reconhecimento do caráter multifacetado e multicausal da violência, porém percebemos que não basta somente reconhecer isso para a sensibilização de notificar. É fundamental que os/as profissionais estejam e se sintam preparados para atuar nesses casos, por isso, a capacitação contínua é uma atividade imprescindível. No entanto, ela não deve ocorrer somente em um momento e nem depender de outras pessoas ou instituições, mas sim de cada profissional, do seu comprometimento e troca de informações e experiências com outros/as profissionais, levando assim a uma constante reflexão sobre o importantíssimo papel que desempenham na área da saúde e, especificamente na prevenção de casos de violência.

REFERÊNCIAS

- Andrade, R. de P. (2010). "Conquistar a terra, dominar a água, sujeitar a floresta": Getúlio Vargas e a revista "Cultura Política" redescobrem a Amazônia (1940-1941). *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, vol.5, n. 2.
- Aragaki; S. S., Lima, M. L. C., Pereira, C. C. Q. & Nascimento, V. L. V. (2014). Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. Em M. J. P. Spink, J. I. M. Brigagão, V. L. V. Nascimento & M. P. Cordeiro (Orgs.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (pp. 57-72). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais (publicação virtual).
- Ariès, P. (2006). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC.
- Assis, S. G. (1994). Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cadernos de Saúde Pública*, 10, 126-134.
- Assis, S. G. de A., et al. (2012). Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9), 2305-2317. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900012&lng=es&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232012000900012 Acesso em 13 de novembro de 2014.
- Backtin, M. (1994). The problem of speech genres. Em E. Caryl; M. Holquist. *Speech genres and other late essays* (pp. 60-102). Austin, Texas: University of Texas Press.
- Bannwart, T. H. & Brino, R. de F. (2012). Maus-tratos contra crianças e adolescentes e o papel dos profissionais de saúde: estratégias de enfrentamento e prevenção. Em L. F. Habigzang & S. H. Koller, *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática* (pp. 255-265). Porto Alegre: Artmed.
- Bazon, M. R. (2007). Maus-tratos na infância e adolescência: Perspectiva dos mecanismos pessoais e coletivos de prevenção e intervenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), 1110-1127.
- Bazon, M. R., Faleiros, J. M. (2013) Identificação e Notificação dos Maus-tratos Infantis no Setor Educacional. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, v. 23, n. 54. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2013000100053&lng=en&nrm=iso Acesso em 05 de dezembro de 2014.
- Bezerra, S. de C. (2006). Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral. Em C. A. de Lima (coord.) et al. (pp.17-22). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde.
- Borges, L. S. (2008). *Repertórios sobre a lesbianidade na novela Senhora do Destino: possibilidades de legitimação e de transgressão*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Brasil. *Decreto nº 17.943 de 12 de outubro de 1927*. Consolida as leis de assistência e

proteção a menores. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D17943A.htm> Acesso em: 24 de julho de 2013.

Brasil. *Lei nº 6.697 de 10 de outubro de 1979*. Institui o Código de Menores. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128333/lei-6697-79>> Acesso em: 13 de agosto de 2013.

Brasil, *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988). Brasília.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>

Acesso em 10 de maio de 2014.

Brasil. *Lei nº 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> Acesso em: 13 de agosto de 2013.

Brasil. *Lei nº 8.242 de 12 de outubro de 1991*. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8242.htm> Acesso em: 13 de agosto de 2013.

Brasil, Resolução do Conselho Federal de Psicologia (2000a). *Resolução, nº 016, de 20 de dezembro de 2000*: Dispõe sobre a pesquisa em Psicologia com seres humanos.

Brasília - DF. Disponível em

<http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/resolucoes_cfp/fr_cfp_016-00.aspx> .

Acesso em 14 de agosto de 2013.

Brasil. *Lei nº 10.498 de 05 de janeiro de 2000b*. Dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação compulsória de maus-tratos em crianças e adolescentes. Disponível em: <<http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/136624/lei-10498-00>> Acesso em: 15 de agosto de 2013.

Brasil, Ministério da Saúde (2001a). *Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001*, Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Disponível em

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0737_29_04_2013.html>

Acesso em 10 de setembro de 2013.

Brasil. *Lei nº 3.224 de 23 de abril de 2001b*. Dispõe sobre a obrigatoriedade de funcionários públicos municipais das Redes de Saúde e Educação realizarem comunicação de maus-tratos sofridos por menores. Disponível em: <<http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei.nsf/e9589b9aabd9cac8032564fe0065abb4/a5ac9dadad86228f032576ac0072e870?OpenDocument>> Acesso em: 15 de agosto de 2013.

Brasil, Ministério da Saúde (2001c), *Portaria nº 1.968 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 Unido de Saúde. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html
Acesso em 10 de setembro de 2013.

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

Brasil, Ministério da Saúde (2004). *Portaria nº 936 de 19 de maio de 2004*, Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Disponível em
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html >
Acesso em 12 de setembro de 2013.

Brasil, Ministério da Saúde (2006a). *Portaria nº 687, de 30 de março de 2006*. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Disponível em
http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf. Acesso em 10 de dezembro de 2014.

Brasil, Ministério da Saúde (2006b). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Secretaria de Atenção à saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2006c). *Sistema de Informação de agravos de notificação*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacao_agravos_notificacao_sinan.pdf. Acesso em 25 de janeiro de 2015.

Brasil, Ministério da Saúde (2010a). *Impacto da violência na saúde das crianças e dos adolescentes*. Brasília: Secretaria de Atenção à saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2010b). *Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf Acesso em 10 de setembro de 2014.

Brasil, Ministério da Saúde (2011). *Viva: Instrutivo da notificação de violência doméstica, sexual e outras violências*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_notificacao_violencia_domestica.pdf. Acesso em 15 de outubro de 2014.

Brasil, Conselho Nacional de Saúde (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília - DF, 13 junho de 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/>>. Acesso em 14 de agosto de 2014.

Brasil, Secretaria de Direitos Humanos (2013). *Plano Nacional de Enfrentamento da*

violência sexual contra crianças e adolescentes. Brasília. Disponível em: <http://www.comitenacional.org.br/files/anexos/08-2013_PNEVSCA-2013_f19r39h.pdf> Acesso em 14 de agosto de 2014.

Brito, A. M. M. et al. (2005) Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, vol.10, n.1, pp. 143-149. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000100021&script=sci_arttext Acesso em 06 de janeiro de 2015.

Calderaro, F. (2011). *Políticas de saúde voltada às lésbicas: um estudo sobre as possibilidades de reverter um quadro histórico de invisibilidade*. Dissertação de Mestrado, PUC-SP, São Paulo.

Camargo Jr, K. R. de, Rohden, F. & Cáceres, C. (2009). *Ciência, gênero e sexualidade*. Disponível em <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/detalhes.asp?cod_dados=1578> Acesso em 08 de outubro de 2014.

Carvalho, L. do N., Luz, I. C. da & Assis, N. (2010). Rede de atenção a mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência: movimento social ou gestão intersetorial de serviço? Em M. L. M. Oliveira & S. M. G. Sousa, *(Re)descobrimos faces da violência sexual contra crianças e adolescentes* (pp. 19-52). Goiânia: Cênone editorial.

CFP, Conselho Federal de Psicologia (2010). *A escuta de crianças e adolescentes envolvidos em situação de violência e a rede de proteção*. Brasília: CFP.

Cordeiro, M. P., Freitas, T. R. de, Conejo, S. P. & De Luiz, G. M. (2014). Como pensamos ética em pesquisa. Em M. J. P. Spink, J. I. M. Brigagão, V. L. V. Nascimento & M. P. Cordeiro (Orgs.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (pp. 57-72). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais (publicação virtual).

Crepop (2009). *Pesquisa sobre atuação em serviços de atenção básica a saúde*. Disponível em http://crepop.pol.org.br/novo/317_resultados-da-pesquisa-sobre-atuacao-em-servicos-de-atencao-basica-a-saude. Acesso em 10 de dezembro de 2014.

Deslandes, S. F. (1994). Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, v.10, pp. 177-187. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1994000500013&script=sci_arttext> Acesso em 15 de setembro de 2014.

Deslandes, S. F. (1999). O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". *Ciênc. saúde coletiva [online]*, vol.4, n.1, pp. 81-94. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100007 Acesso em 10 de janeiro de 2015.

Deslandes, S. F., Souza, E. R. de, Minayo, M. C. de S., Costa, C. R. B. S. F. da, Krempel, M., Cavalcanti, M. de L., et.al (2006). Caracterização diagnóstica dos serviços que

atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. *Ciência e Saúde Coletiva*, n 11, 1279-1290. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a17v11s0>. Acesso em 10 de outubro de 2014.

Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em estudo*, n.2, p.57-63. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08.pdf>. Acesso em 13/01/2015

Foucault, M. (2003). *Vigiar e punir* (R. Ramallete, trad). Rio de Janeiro: Vozes.

Girard, R. (1990). *A Violência e o Sagrado*. (Martha Conceição Gambini, trad.). São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista.

Goiânia, Prefeitura de (2014). Disponível em: <http://prefeituradegoiania.net.br>. Acesso em 20 de setembro de 2014.

Gomes, R., Silva, C. M. F. P. da & Njaine, K. (1999). Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, vol.4, n.1, pp. 171-181. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em 15 de dezembro de 2014.

Gonçalves, H. S. & Ferreira, A. L. (2002) A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, v.18, n.1, pp. 315-319. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000100032> Acesso em 03 de setembro de 2014.

Goya, A. C. A. & Raser, E. F. (2007). A atuação do psicólogo nos serviços públicos de atenção primária à saúde em Uberlândia, MG. *Horizonte Científico*, v. 1, n. 7. Disponível em: http://www.horizontecientifico.propp.ufu.br/viewiss ue.php?id=5#Ciências_Humanas_e_Socias_Aplicadas. Acesso em 17.08.2014.

Grau, M., Iñiguez, L., Subirats, J. (2010). La perspectiva sociotécnica en el análisis de políticas públicas. *Revista Psicología Política*, n 41, 61-80.

Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2011). *Intervenção Psicológica para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual: manual de capacitação profissional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Hacking, I. (2001). Por qué preguntar de qué? Em I. Hacking. *La construcción social de qué?* (pp. 17-68). Barcelona: Paidós.

IBGE, Censo Demográfico (2010). Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=520870&search=||infor%EFicos:-dados-gerais-do-munic%EDpio>. Acesso em 01 de outubro de 2014.

Iñiguez, L. (2003). *La psicología social em la encrucijada postconstruccionista: historicidad, subjetividad, performatividad, acción*. Em XII Encontro Nacional da

ABRAPSO, Porto Alegre, RS.

- Julião, C. H. (2004). *O Enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Orlandia-SP: o papel do Conselho Tutelar*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de São Paulo, Franca.
- Latour, B. (2012). *Reagregando o social*. São Paulo: Edusc.
- Lima, J. de S. & Deslandes, S. F. (2011). A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface (Botucatu) [online]*, vol.15, n.38, pp. 819-832. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000300016&script=sci_arttext Acesso em 15 de janeiro de 2015.
- Luna, G. L. M., Ferreira, R. C., & Vieira, L. J. E. de S. (2010). Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciência e saúde coletiva*, v.15, pp. 481-491.
- Martins, C. B. G. (2010). Maus tratos contra crianças e adolescentes. *Rev. Bras. Enferm*, v. 63, p. 660-665.
- Mascarenhas M. D. M., Silva, M. M. A., Malta, D. C., Moura, L., Macário, E. M., Gawryszewski, V.P., Morais Neto, O. L. (2009). Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) – Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 18(1), 17-28.
- Milani, F. M. (2003). Cultura de Paz X Violências: papel e desafios da escola. Em F. M. Milani, R. de C. D. P. de Jesus (Orgs), *Cultura da Paz: estratégias, mapas e bússolas*. (pp. 13-21). Salvador: Inpaz.
- Minayo, M. C. S. & Souza, E. R. (1997). Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 4, 513-531.
- Monteiro, F. de O. (2010). Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes. *Serviço Social e Sociedade*, n.103. 476-503.
- Moreira, G. A. R. (2012). *Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da estratégia saúde da família*. Dissertação de Mestrado, UNIFOR, Fortaleza.
- Moreira, M. I. C. (2013) As desigualdades sociais e a produção da judicialização da infância e da adolescência no Brasil. Em C. Mayorga & E. F. Rasera & M. S. Pereira (Orgs.), *Psicologia Social: sobre desigualdades e enfrentamentos*. (pp. 51-65). Curitiba: Juruá.
- Moreira, M. I. C., Sousa, S. M. G., & Silva, M. A. A. da (2013) A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: análise da situação e recomendações para o

- enfrentamento e prevenção. Em S. M. G. Sousa & M. I. C. Moreira (Orgs.), *Quebrando o silêncio: disque 100 – Estudo sobre a denúncia de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil* (pp. 31-70). Goiânia: Cãnone Editorial.
- Muszkat, M. (2001). Violência intrafamiliar: novas formas de internação. Em D. L. Levisky, *Adolescência e violência: ações comunitárias na prevenção “conhecendo, articulando, integrando e multiplicando”* (pp.167-173). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nascimento, V. L. V., Tavanti, R. M. & Pereira, C. C. Q. (2014). O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. Em M. J. P. Spink, J. I. M. Brigagão, V. L. V. Nascimento & M. P. Cordeiro (Orgs.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (pp. 57-72). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais (publicação virtual).
- Paes, J. P. L. (2013). O Código de Menores e o Estatuto da Criança e do Adolescente: avanços e retrocessos. Brasília: *Conteúdo Jurídico*. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.43515&seo=1>>. Acesso em: 13 out. 2013.
- Paixão, A. C. W. da & Deslandes, S. F. (2010). Análise das Políticas Públicas de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil. *Saúde & Sociedade - São Paulo* 19(1), 114-126.
- Pinheiro, O. G. (2013) Entrevista: uma prática discursiva. Em: Spink, M. J. P. (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 156-187). São Paulo: Cortez (publicação virtual).
- Resende, A. C. A. (2012). Psicologia social e políticas públicas: a que será que se destinam? Em J. de C. Chaves (org), *Psicologia Social e Políticas Públicas: contribuições e controvérsias* (pp. 19-32). Goiânia: Editora da PUC Goiás.
- Rosemberg, F. & Mariano, C. L. S. (2010). A convenção internacional sobre os direitos da criança: debates e tensões. *Cadernos de Pesquisa*, 40, 693-728.
- Santos, S. S. dos & Dell’Aglío, D. D. (2008). Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. *Estudos de Psicologia*, 25, 595-606.
- Silva, M. A. A. da (2010). Notificação compulsória dos casos de violência no Sistema Único de Saúde: contribuições de Goiânia. Em M. L. M. Oliveira & S. M. G. Sousa, *(Re)descobrimos faces da violência sexual contra crianças e adolescentes* (pp. 53-74). Goiânia: Cãnone editorial.
- Sonego, C. (2006). *A violência familiar contra crianças e adolescentes e a intervenção das equipes de saúde da família no município de Ponta Grossa*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa.
- Sousa, S. M. G. (2006). O estudo da exploração sexual de crianças e adolescentes por meio de documentos de domínio público. *Psicologia para a América Latina*, n 5. Disponível em <http://psicolatina.org/Cinco/sexual.html> Acesso em 14 de dezembro

de 2014.

- Souza, B. B. C. (2013). *A noção de cuidado na atenção a usuários de substâncias psicoativas em um centro de atenção psicossocial (CAPS AD)*. Dissertação de Mestrado, PUC SP, São Paulo.
- Souza, C. dos S, et al. (2014). Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 773-784. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300773&lng=en&tlng=pt. 10.1590/1413-81232014193.18432013. Acesso em 14 de dezembro de 2014.
- Spink, M. J. P. (2000). A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. *Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS*, v. 31, n. 1, jan./jul., p. 7-22. Disponível em: <http://maryjanespink.blogspot.com.br/p/artigos.html>. Acesso em: 30 set. 2014.
- Spink, M. J. P. (2004). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Edipucrs: Porto Alegre.
- Spink, M. J. P. & Medrado, B. (2013). Produção de sentido no cotidiano. Em: Spink, M. J. P. (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 22-41). São Paulo: Cortez (publicação virtual).
- Spink, M. J. P. & Frezza, R. M. (2013). Práticas discursivas e produção de sentidos. Em: Spink, M. J. P. (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 1-21). São Paulo: Cortez (publicação virtual).
- Spink, M. J. P., Medrado, B., & Mélo, R. P. (2014). Vinte e cinco anos nos rastros, trilhas e riscos de produções acadêmicas situadas. Em M. J. P. Spink, J. I. M. Brigagão, V. L. V. Nascimento & M. P. Cordeiro (Orgs.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (pp. 57-72). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais (publicação virtual).
- Spink, P. (2009). Los psicólogos y las políticas públicas em América Latina: El big mac y los caballos de troia. *Psicoperspectivas*, 8, 12-24.
- Spink, P. (2013). Análise de documentos de domínio público. Em Spink, M. J. P. (Org) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (pp.100-126). São Paulo: Cortez (publicação virtual).
- Spivak, G. C. (2010). *Pode o Subalterno Falar*. Belo Horizonte: Ed. UFMG.
- Waiselfisz, J. J. (2012). *Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de estudos Latino-Americanos.

Apêndices

Apêndice 1: Lista de Dissertações e Teses

Autor	Ano/IES	Título	
Méllo	2002 PUC SP	Do estranhamento à familiaridade: estratégias e contradições na construção da noção de “Abuso sexual infantil intrafamiliar”	Tese – Psicologia Social
Pedrosa	2003 PUC SP	Mulheres em situação de violência: o discurso dos profissionais de saúde.	Dissertação – Psicologia Social
Junqueira	2003 PUC GO	Representação social da violência doméstica contra crianças e adolescentes	Dissertação – Psicologia Social
Costa	2004 PUC GO	Infância e Violência física intrafamiliar: os significados e sentidos para crianças vítimas	Dissertação – Psicologia Social
Julião	2004 UNESP	O enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Orlandia-SP: o papel do conselho tutelar	Tese – Serviço Social
Guimarães	2006 PUC GO	Representação social da violência em adolescentes: da norma social ao espaço do sujeito	Dissertação – Psicologia Social
Sonego	2006 UEPG	A violência familiar contra crianças e adolescentes e a intervenção das equipes de saúde da família no município de Ponta Grossa	Dissertação – Ciências Sociais
Villar	2007 UFU	Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na perspectiva dos profissionais de saúde da família: contribuições para uma política pública de prevenção	Dissertação – Ciências da Saúde
Esber	2008 PUC GO	Autores de violência sexual contra crianças e adolescentes: um estudo a partir da teoria Sócio-Histórica	Dissertação – Psicologia Social
Pedrosa	2010 USP	O cuidado às pessoas que sofreram violência sexual – desafios à inovação de práticas e à incorporação da categoria gênero no Programa Iluminar Campinas	Tese – Saúde Pública
Avarca	2011 PUC SP	A noção de família em processos judiciais: uma análise de casos de violência sexual infantil.	Dissertação - Psicologia Social
Bernardes	2011 PUC GO	Violência física intrafamiliar contra crianças: os sentidos atribuídos por três gerações	Dissertação – Psicologia Social
Machado	2011 UNIFESP	Desenvolvimento e análise avaliativa de uma capacitação em violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes para profissionais do programa de saúde da família	Mestrado – Psiquiatria e Psicologia Médica
Andrade	2012 PUC GO	As falas dos atendentes do Disque 100 sobre a escuta das denúncias de abuso sexual contra crianças e adolescentes	Dissertação – Psicologia Social
Trabbold	2012 UFMG	Impasses no acolhimento da violência sexual infanto-juvenil por profissionais da estratégia saúde da família	Tese – Ciências da Saúde
Sousa	2013 PUC GO	Os sentidos de violência para mulheres afetivamente envolvidas com autores de violência contra crianças e adolescentes	Dissertação – Psicologia Social

Apêndice 2: Roteiro da Entrevista Semiestruturada

Roteiro de entrevista**Local:** _____**Horário:** _____**1. Caracterização do entrevistado(a)**1.1 Sexo () Masculino
 () Feminino

1.2 Idade _____

1.3 Raça/Cor _____

1.4 Religião _____

1.5 Tempo de formação acadêmica (1) 1 – 5 anos
 (2) 6 – 10 anos
 (3) 11 – 15 anos
 (4) 16 – 20 anos
 (5) 21 e mais1.6 Tempo de atuação na SMS/Goiânia (1) 1 – 5 anos
 (2) 6 – 10 anos
 (3) 11 – 15 anos
 (4) 16 – 20 anos
 (5) 21 e mais1.7 Lotação (1) Unidade de Atenção Básica de Saúde
 (2) Unidade de Referência
 (3) Distrito Sanitário
 (4) Nível Central**Questões norteadoras para entrevista com os/as Técnicos/as da Secretaria Municipal de saúde de Goiânia**

1. O que você considera Violência em se tratando de crianças e adolescentes?
2. Você conhece a Ficha De Notificação Compulsória para casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes?
3. Você conhece a Rede de Atenção a Crianças, Adolescentes e Mulheres em situação de violência em Goiânia?
4. Fale o que compreende sobre o papel da Rede de Atenção.
5. Você conhece alguma Política Pública na área da violência contra crianças e adolescentes? Qual?
6. Você considera que as Políticas Públicas voltadas para a questão da violência contra crianças e adolescentes são eficazes? Fale a respeito.
7. Você já recebeu alguma capacitação sobre a importância da Ficha de Notificação e como utilizá-la no serviço?

8. Você se considera capacitado(a) para a notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes?
9. Tem conhecimento da Legislação que embasa a ficha? E sobre a obrigatoriedade do profissional de saúde notificar, qual é o seu ponto de vista?
10. Você considera que os profissionais psicólogos, de forma geral, estão engajados com essa causa?
11. Conte um pouco mais sobre a sua experiência com o preenchimento da ficha de notificação. E qual a sua avaliação a respeito dela?
12. Mais alguma colocação?

Apêndice 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**PARA OS TÉCNICOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa de Mestrado em Psicologia, com ênfase em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), que tem como interesse principal os discursos dos profissionais ligados às políticas públicas vinculadas as crianças e os adolescentes. Todas as suas respostas serão confidenciais e não poderão ser utilizadas contra ou a seu favor.

Meu nome é Lucinéia Schuster, sou pesquisadora e desenvolvo essa pesquisa como parte da minha pesquisa de mestrado, sob a supervisão da prof. Dra. Lenise Santana Borges. Após ler este documento com atenção, e ficar devidamente esclarecido(a) sobre do que se trata esta pesquisa, caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que dispõe de duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável. Em caso de dúvida sobre o estudo você poderá entrar em contato com a orientadora da pesquisa, prof. Dra. Lenise Santana Borges, pelos telefones: (62)8115.9139 e (62)3946.1116. Em casos de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Goiás pelo telefone 3946-1512, ou no endereço: Av. Universitária nº 1069 – Setor Universitário – Goiânia – Goiás.

Título da Pesquisa: Construindo a noção de violência contra crianças e adolescentes: Um olhar sobre a capacitação profissional.

Pesquisadora Responsável: Lucinéia Schuster, mestranda em Psicologia, pesquisadora. Telefone para contato: (62) 9992-5967.

Objetivos da Pesquisa: Compreender os sentidos sobre a violência conferidos pelos profissionais que atendem às crianças e adolescentes em situação de violência.

Detalhamentos do Procedimento: Os procedimentos desta pesquisa visaram atender às recomendações da Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia e nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, referentes à conduta ética na pesquisa com seres humanos. Esta pesquisa contará com a realização de uma entrevista semi-estruturada, elaborada pela pesquisadora, que será feita de forma individual, em horário previamente agendado com o profissional. Essa entrevista será gravada, para um estudo mais aprofundado. A coleta de dados desta pesquisa está prevista para o mês de março, abril, maio e junho.

Crítérios de inclusão: Participarão como sujeitos da pesquisa profissionais psicólogos, efetivos, que atuem em serviços de atendimento às situações de violência infanto-juvenil, e que concordem em participar, depois de devidamente lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Crítérios de exclusão: Não participarão da pesquisa os(as) profissionais contratados ou que não quiserem participar da pesquisa, e se recusarem a assinar o Termo de Consentimento.

Forma de Acompanhamento: É importante ressaltar que durante todos os procedimentos da pesquisa, a realização fica sob encargo e responsabilidade da Pesquisadora responsável, Lucinéia Schuster, sob a orientação da prof. Lenise Santana Borges.

Especificação dos riscos, prejuízos, desconfortos, lesões que podem ser provocados pela pesquisa: Avaliação do risco da pesquisa (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo):

- () Sem risco (x) risco mínimo () risco médio
() risco baixo () risco alto

Sua participação não lhe trará nenhum risco em termos jurídicos ou médicos, não se trata de nenhum procedimento considerado invasivo. Entretanto, existe a previsão de riscos mínimos, como, por exemplo, um pequeno desconforto em relação a determinadas perguntas. Caso se sinta desconfortável durante a sua participação, você pode interrompê-la sem quaisquer prejuízos. Você tem todo o direito de pleitear indenização em caso de eventuais danos recorrentes de sua participação na pesquisa. Todas as despesas serão custeadas pela Pesquisadora responsável, devido a isso não haverá ressarcimento de despesas. Sua participação é de caráter voluntário. Lembre-se que durante e depois da pesquisa não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira por sua participação.

Descrição dos benefícios decorrentes da participação na pesquisa: Sua participação neste estudo possibilitará conhecer mais das percepções dos profissionais a respeito das políticas públicas referentes às situações de violência contra crianças e adolescentes. Também colaborar para a ampliação de pesquisas e estudos no que se refere a esse assunto, tendo como base os discursos de profissionais sobre o tema.

Esclarecimento sobre o período de participação e término: O período de sua participação na pesquisa será de aproximadamente duas horas, dentro do seu horário de trabalho.

Garantia de sigilo: Todas as suas respostas serão confidenciais. Ressalta-se que você terá a garantia de sigilo e sua identidade não será vinculada às informações prestadas.

Apresentar a garantia expressa de liberdade de não aceitação: Você terá o direito de retirar seu consentimento a qualquer tempo sem nenhum prejuízo da continuidade do acompanhamento/tratamento usual, interrompendo sua participação, caso não queira mais participar da pesquisa.

Garantia dos dados coletados: Os dados obtidos serão coletados e utilizados apenas para os fins desta pesquisa, e não serão armazenados para estudos futuros. Ademais, são confidenciais e não poderão ser utilizadas contra ou a seu favor.

Divulgação dos resultados: Os resultados da pesquisa serão divulgados na Dissertação de Mestrado em Psicologia da Pesquisadora responsável, Lucinéia Schuster. O estudo poderá ser publicado futuramente em artigos para periódicos de revistas científicas, seminários, congressos, outras publicações e eventos afins.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,

RG _____, abaixo assinado, concordo em participar da presente pesquisa “Construindo a noção de violência contra crianças e adolescentes: Um olhar sobre a capacitação profissional”, como sujeito. Declaro ter lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e ter sido devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela Pesquisadora responsável, Lucinéia Schuster, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que ocorra qualquer penalidade.

Local: _____

Data: ____/____/2014

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Anexos

Anexo A: Declaração de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia



Prefeitura
Municipal
de Goiânia

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Goiânia, 29 de novembro de 2013

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa **“Construindo a noção de violência contra crianças e adolescentes: Um olhar sobre a capacitação profissional”**, de responsabilidade da pesquisadora Lucinéia Schuster e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Secretaria Municipal de Saúde Pública


José Calixto de Souza Pires
Diretor
Decreto N° 3466/2013

José Calixto de Souza Pires
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
Portaria 003/2012

Anexo B: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construindo a noção de violência contra crianças e adolescentes: um olhar sobre a capacitação profissional

Pesquisador: Lucinéia Schuster

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25849314.0.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 570.960

Data da Relatoria: 18/03/2014

Apresentação do Projeto:

- ORIENTADORA: PROF^a Dr^a Lenise Santana Borges
- Mestrado em Psicologia, com ênfase em Psicologia Social, na Pontifícia Universidade Católica de Goiás
- um estudo qualitativo, de caráter interpretativo que visa o estudo das práticas sociais no cotidiano, ou seja, com foco nos discursos dos profissionais ligados às políticas públicas vinculadas as crianças e os adolescentes,
- A pesquisa se fundamenta na perspectiva construcionista da Psicologia Social.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender os sentidos conferidos pelos profissionais que atendem às crianças e adolescentes em situação de violência.

Objetivo Secundário:

Compreender os repertórios utilizados pelos profissionais psicólogos, a respeito da ficha de notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 570.960

adolescentes; Mapear e avaliar as dificuldades encontradas pelos profissionais frente à identificação e notificação de suspeitas de maus-tratos contra crianças e adolescentes; Compreender as estratégias que possibilitam aos profissionais enfrentar as situações de violência em seu cotidiano de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

contemplados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

nenhum

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

contemplados

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação deste, conferida pelo CEP, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. É exigido a entrega do relatório final após conclusão da pesquisa.

GOIANIA, 27 de Março de 2014

Assinador por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
 (Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069	
Bairro: Setor Universitário	CEP: 74.605-010
UF: GO	Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512	Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 570.960

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br

Anexo C – Ficha de Notificação Compulsória



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Nº

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

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual				
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da notificação			
	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Y09					
Notificação Individual	4	UF	5	Município de notificação		Código (IBGE)		
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7	Data da ocorrência da violência		
	8	Nome do paciente			9		Data de nascimento	
Dados de Residência	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		
	12	Gestante		1-1º Trimestre 4- Idade gestacional 9- Ignorado	2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 5- Não se aplica 6- Não se aplica	13	Raça/Cor	1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado
	14	Escolaridade					10- Não se aplica	
Dados Complementares	15	Número do Cartão SUS		16			Nome da mãe	
	17	UF	18	Município de Residência		Código (IBGE)	19	Distrito
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
Dados da Pessoa Atendida	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		27	CEP
	28	(DDD) Telefone		29	Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30	Pais (se residente fora do Brasil)
Dados da Ocorrência	31	Ocupação						
	32	Situação conjugal / Estado civil			33			Relações sexuais
	34	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		35		Se sim, qual tipo de deficiência /transtomo?		
Dados da Ocorrência	36	UF	37	Município de ocorrência		Código (IBGE)	38	Distrito
	39	Bairro		40	Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	41	Número	42	Complemento (apto., casa, ...)		43	Geo campo 3	44
Dados da Ocorrência	45	Ponto de Referência		46	Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	47	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)
	48	Local de ocorrência		07 - Comércio/serviços	49		Ocorreu outras vezes?	
	01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola	04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública	08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		50		A lesão foi autoprovocada?

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