

1. CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA DEMANDA PARA A SAÚDE PÚBLICA.

Carlos Roberto Marinho da Costa II

Assistente Social- UFPE

Especialista em Gestão Ambiental-UPE

carlosrobertomar@hotmail.com

Resumo: O presente trabalho tem como objeto de estudo o fenômeno da violência enquanto questão de saúde pública. A violência contra crianças e adolescentes apresenta-se como um grave problema social que acompanha a evolução da sociedade desde suas origens mais remotas. A promulgação do Estatuto da Criança e do adolescente representa um avanço na proteção integral a esse público. O preenchimento da ficha de notificação pelos profissionais da saúde constitui um importante instrumento no combate a todos os tipos de violência. Para dar enfrentamento a essa questão, foi criado no ano de 2004, o Núcleo Acadêmico de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco compondo a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde instituída através da Portaria Nº 936/2004 do Ministério da Saúde. Em parceria com o Hospital das Clínicas da UFPE, foi criado o projeto de Implantação do Núcleo de Atendimento às Vítimas.

INTRODUÇÃO

1.1. VIOLÊNCIA: UMA REVISÃO TEÓRICA

Podemos afirmar que a violência esteve presente em todas as sociedades ao longo da história universal. Segundo Minayo, “a violência é um dos eternos problemas da teoria social e da prática política e relacional da humanidade. Não se conhece nenhuma sociedade onde a violência não tenha estado presente” (1994, p.7). Nestes termos, a busca da compreensão e entendimento do fenômeno violência, sua natureza, origem, motivações e impactos; existem desde tempos imemoriais, objetivando sua atenuação, prevenção e eliminação do convívio social. Existem muitas tentativas de explicar as motivações que impelem o ser humano a fazer uso desta prática. Melo (1993), expõem três caminhos usados por diferentes correntes teóricas:

1. Concepção biologista e psicologista, que trabalham com a idéia de uma instintiva agressividade advinda da natureza humana, com uma forte carga genética, que condicionam reações específicas;
2. A que traz a violência como fruto das desigualdades sociais, e da pauperização da população, por meio do processo de industrialização e urbanização;
3. Por último, uma corrente que explica o crescimento dos índices de criminalidades pela ausência da autoridade estatal, e seus mecanismos repressivos e dissuasivos, como a força policial e judiciária.

Percebemos nessas formas de explicação do fenômeno, um simplismo teórico e uma visão parcial da totalidade do problema e, portanto, nenhuma por si só suficiente para dar uma resposta cabal, ou mesmo verdadeira, sobre as causas da violência. É neste sentido que concordamos com Minayo quando afirma que “a violência não faz parte da natureza humana e que a mesma não é determinada unicamente por raízes biológicas. Trata-se de um fenômeno complexo e dinâmico biopsicossocial, mas seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade” (1994, p. 7).

Os números da violência são alarmantes, e refletem uma guerra diária vivenciada por todos os cidadãos. Dados da Organização Mundial de Saúde – OMS - revelam que na América Latina ocorrem, anualmente, 140 mil assassinatos; 28 mil famílias são atingidas por roubos e furtos, o que equivale a 54 famílias por minuto, praticamente uma por segundo (COSTA, 2002 apud BAIERL 2004).

[...] segundo o informe mundial sobre a violência da OMS, por dia 1424 pessoas perdem a vida por homicídio, o que equivale a quase uma pessoa por minuto. Em nível mundial, a cada 40 segundos uma pessoa se suicida, a cada hora, 35 pessoas morrem em decorrência de conflitos armados. Calcula-se que no século XXI, 191 milhões de pessoas perderão a vida em razão de atos violentos [...] (BAIERL, 2004:68).

Na década de 90, ocorreram 369.068 homicídios no país. No ano 2000, morreram 118.367 pessoas por causas externas, e em 2002 foram assassinadas 55.680 pessoas por armas de fogo (GAWRYSZEWSKI Et al, 2004). Fazendo um comparativo entre os anos de 1994 e 2004, o número de homicídios passou de 32.603 para 48.374, o que representa um aumento de 48,4%, bem superior ao crescimento da população que foi de 16,5% no mesmo período.

1.2.VIOLÊNCIA ENQUANTO DEMANDA PARA A SAÚDE PÚBLICA

Entendemos que a violência é um fenômeno complexo, sócio-histórico, e que perpassa o desenvolvimento da humanidade. Inicialmente não era compreendido como um problema típico de saúde pública, mas passou a ser devido a sua ocorrência sempre causar agravos à saúde individual e/ou coletiva (MINAYO, 2007). Entra na agenda do setor saúde, através de um processo lento e gradual, no final da década de 80 do século XX, quando as mortes por acidentes⁸ e violências⁹ passam a responder pela segunda causa de óbitos.

Já na década de 90, do mesmo século, mais de um milhão de pessoas chegaram a óbito pelo mesmo motivo. Dados como esses evidenciam porque a violência passa a ser “[...] um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado” (BRASIL, 2001^a, p. 03). Nestes termos esta afirma-se na agenda da saúde à medida que os agravos causados geram gastos no orçamento do setor, sendo, aproximadamente, 40% direcionados para serviços de emergência e urgências, hospitais e pronto-socorros que atendem as vítimas (FREITAS, s/d). Dados do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BRICENO-LEON apud MINAYO, 2007) afirmam que 3,3% do Produto Interno Bruto – PIB – do Brasil são direcionados ao atendimento das seqüelas da violência, o que constitui um valor três vezes maior que o direcionado para a área de ciência e tecnologia. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS,

A violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países {...} o setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exerce suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social” (OPAS, 1993: 01. apud MINAYO, 1994: 09).

A inserção dessa temática como problema de saúde pública se dá de forma fragmentada nos diversos espaços de discussão; e só na década de 90 a OPAS e a OMS começam a discuti-la, buscando a unificação do debate, através da realização de conferências sobre violência e saúde. No ano de 2002 a OMS produz um relatório mundial, o qual determina a utilização da expressão Violência e Saúde, recomenda estratégias de ações a serem seguidas pelos diversos países.

Respondendo as recomendações da OMS, o Ministério da Saúde constrói, conjuntamente com pesquisadores e estudiosos da área, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, através da Portaria GM/MS N° 737 de 16 maio de 2001, publicada no DOU n° 96, seção 1e – de 18 de maio de 2001, objetivando prevenir a ocorrência de violências e acidentes. Tais eventos são denominados causas externas, sendo encontradas na Classificação Internacional de Doenças, os quais englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos.

Após a regulamentação desta Política, é implementada a Portaria N° 936, de 18 de maio de 2004, para estruturar a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde por meio da articulação entre diversos atores: Ministério da Saúde, instituições acadêmicas, organizações não governamentais e os Núcleos Acadêmicos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde do Distrito Federal, Estados e Municípios, os quais estão em processo de implantação e implementação. Essa Portaria estabelece as funções dos Núcleos Acadêmicos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde das Universidades Estaduais e Federais¹⁷, os quais surgem como espaços de discussão capacitados para criar estratégias efetivas de combate a violência praticada contra os diversos sujeitos da sociedade.

1.3.VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: NOTIFICAR PARA PROTEGER.

Com a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, o Brasil passa a reconhecer os direitos de cidadania de crianças e adolescentes, garantindo-lhes à proteção a vida, à saúde e a todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, os quais são efetivados por meio de políticas públicas que garantam seu nascimento e possibilite seu desenvolvimento sadio. No entanto, a força da lei não tem sido suficiente para alcançar estes fins. As crianças e adolescentes brasileiras têm sido, diariamente, vítimas de todas as formas de violência.

O cenário da violência é muito diversificado: podendo ocorrer desde a residência da vítima, passando por escolas, comunidades, espaços de lazer, enfim, podemos afirmar que, potencialmente, todos os espaços públicos e privados são passíveis de se tornar lócus da violência contra esse público.

As conseqüências dos atos violentos são diversas, podendo deixar marcas físicas e psíquicas que acompanham crianças e adolescentes até os fins de suas vidas,

comprometendo-as de forma permanente. Esses atos influenciam negativamente o aprendizado das crianças, as relações sociais e seu pleno desenvolvimento. “Seus efeitos podem se manifestar, ainda na construção de um círculo de reprodução e retroalimentação de práticas violentas, em que novamente, meninos e meninas serão as principais vítimas” (POIRIER, 2004: 11).

Esse grave problema social não é recente, acompanhando a evolução da sociedade desde suas origens mais remotas, e tendo se expressado de diversas formas dentro das diferentes culturas. Em sociedades antigas, a prática do Infanticídio era amplamente aceita, sendo, inclusive, facultado aos pais acolher ou não os recém-nascidos. As crianças de Esparta, ao apresentarem qualquer forma de inferioridade física, impossibilitando-as de tornarem-se guerreiras, tinham a morte decretada; em Cartago, assistiam-se, freqüentemente, a sacrifícios de crianças visando a satisfação dos deuses; Já na Roma antiga, as crianças eram abandonadas em cestos de vime (FREIRE et al, 2004).

Os números da violência contra crianças e adolescentes no País são alarmantes. No período compreendido entre os anos de 1990 e 2000, morreram 211.918 crianças e adolescentes por acidentes e violências (causas externas), sendo 59.203 crianças de 0 a 9 anos de idade, 33.512 púberes de 10 a 14 anos, e 119.203 adolescentes entre 15 e 19 anos. Podemos visualizar melhor essa tragédia se compararmos esses dados com os óbitos provocados por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) que atingiram 146.824 óbitos no mesmo período, o que representa aumento de aproximadamente 31% de mortes. Esses números fazem das causas externas as principais causas de morte para a população compreendida entre os 5 e 19 anos (SOUZA & JORGE, 2004).

O primeiro passo para garantir a efetivação da proteção integral às crianças e adolescentes vítimas de violência é a notificação compulsória dos casos suspeitos e/ou confirmados, sendo obrigatoriedade de todos os cidadãos comunicá-los aos órgãos competentes, em especial ao Conselho Tutelar, como trata o artigo 13 do ECA. A saúde, enquanto o setor que atende, em grande parte, as consequências da violência, tem o potencial de identificar e notificar os casos, para controle epidemiológico, gerando dados quantitativos que possibilitam detectar o problema, utilizando a notificação como instrumento para reivindicar políticas públicas específicas. Vale salientar que a não notificação pelos profissionais da saúde, implica penalidade prevista no artigo 245 do ECA, o qual estabelece que:

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

Diante desses entraves e buscando construir um sistema de notificação que garanta à proteção as crianças e adolescentes vítimas dos diversos tipos de violência, o Ministério da Saúde (2002) estabelece que os profissionais de saúde sejam sensibilizados e capacitados para compreenderem a importância de notificar e apreenderem o conceito, as manifestações e as consequências dos atos violentos praticados contra esses sujeitos.

Em 2004, foi constituído, enquanto Unidade do NUSP (Núcleo de Saúde Pública) , o Núcleo Acadêmico de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde – NAPVPS.

Esse Núcleo tem como foco principal reunir pesquisadores, profissionais da área de saúde e agentes sociais de diferentes áreas, contribuindo de forma teórica e prática para o entendimento e enfrentamento das questões que perpassam as causas da violência no estado de Pernambuco e no País.

O NAPVPS compõe a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde instituída através da Portaria Nº 936/2004 do Ministério da Saúde, a qual surge para subsidiar a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, implementada em 2001.

No ano de 2006, o NAPVPS, em parceria com o Hospital das Clínicas/UFPE, formulou o Projeto de Implantação do Núcleo de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

Para estruturar a Unidade de Prevenção à Violência do Hospital das Clínicas, os profissionais do Núcleo realizaram capacitações com os profissionais de diversos setores apresentando a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, com o objetivo de sensibilizar os profissionais sobre a notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes, assim como apresentar uma proposta de fluxo de atendimento e a ficha de notificação de acidentes e violências proposta pelo Ministério da Saúde

2. ENTRAVES ENFRENTADOS PELOS PROFISSIONAIS DA ENFERMARIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DAS CLINICAS DO RECIFE.

Os profissionais que participaram da pesquisa fazem parte da Equipe da Enfermaria Pediátrica e do setor de Serviço Social do Hospital das Clínicas. Estes profissionais estão divididos nas categorias apresentadas na tabela abaixo:

Tabela 1: Total de profissionais X Profissionais pesquisados

Categoria profissional	Total de profissionais	Profissionais pesquisados
Técnico e auxiliar de enfermagem	22	11
Enfermeiro	08	02
Enfermeiro residente	01	01
Assistente social	06	05
Psicólogo	01	01
Nutricionista	02	00
Terapeuta ocupacional	02	00
Médico	01	00
Residentes de medicina	07	00

Doutorandos de medicina	04	00
TOTAL	44	20

Fonte: NUSP– UFPE. Agosto de 2007.

A partir dos dados obtidos, identificamos o conhecimento desses profissionais diante de tais variáveis:

2.1. CONHECIMENTO DA TEMÁTICA

A compreensão do conceito de violência pelos profissionais apresentou-se como um fator de grande relevância no que se refere ao conhecimento da temática. Para tanto, elegemos esse questionamento como um dos mais importantes. O Conceito Adotado para análise foi escolhido por constar na Ficha de Notificação implementada pelo Ministério da Saúde, estando disponível no HC para todos os profissionais, a qual foi apresentada nas capacitações desenvolvidas pelo NAPVPS.

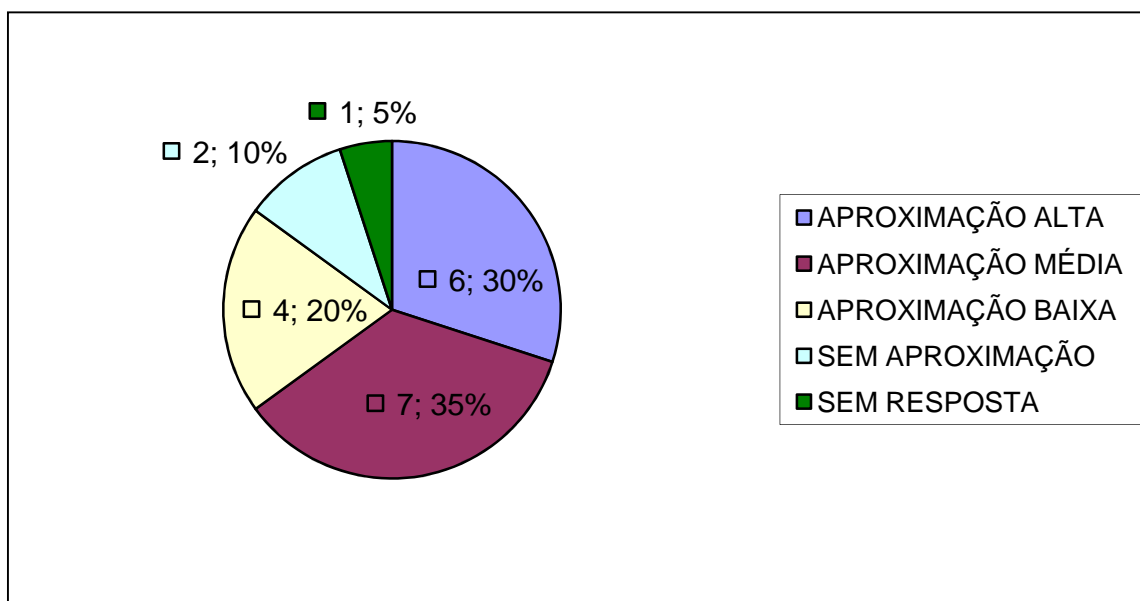
Violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002 *apud* BRASIL, 2005).

Esse conceito foi subdividido em três dimensões da violência: ação (uso intencional de força física, poder ou ameaça, dentre outros), vítima (si próprio, outrem, grupo ou comunidade) e consequência (lesão, morte, dano psicológico, privação, dentre outros). A aproximação com apenas uma das dimensões é caracterizada como baixa; com duas dimensões é caracterizada como média; com três dimensões é caracterizada como alta; além das respostas consideradas sem aproximação e das questões em branco.

O gráfico abaixo mostra que seis profissionais obtiveram uma maior aproximação com o conceito adotado, sendo eles dois Técnicos de Enfermagem, três Auxiliares de Enfermagem e uma Assistente Social. Outros sete obtiveram uma média aproximação, sendo dois Técnicos de Enfermagem, um Residente de Enfermagem, três Assistentes Sociais e um profissional de Psicologia.

Um profissional de Enfermagem, dois Auxiliares de Enfermagem e um Técnico de Enfermagem obtiveram uma baixa aproximação. Uma Assistente Social e um Técnico de Enfermagem não se aproximaram do conceito adotado, e um profissional de Enfermagem não respondeu.

Gráfico 1 - Aproximação com conceito de Violência.



Fonte: NUSP – UFPE. Agosto de 2007.

O conhecimento da temática foi avaliado, também, a partir da participação dos profissionais em Movimentos Sociais ou grupos que trabalhem a temática, onde cerca de 75% responderam não participar. Outro ponto questionado foi à aproximação com o tema da violência na sua formação acadêmica, onde 50% dos profissionais pesquisados responderam positivamente, entre eles destacam-se os Técnicos de Enfermagem num total de cinco profissionais. Os outros 50% negaram ter tido essa aproximação.

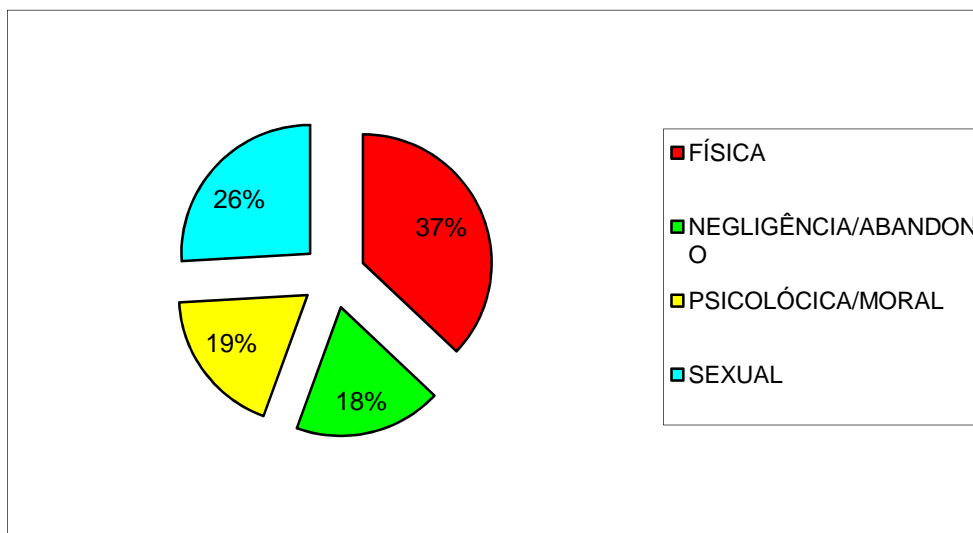
2.2.PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO

No processo de atendimento às vítimas de violência no âmbito da saúde, a notificação compulsória é um procedimento obrigatório e necessário na garantia de proteção às vítimas. Dentre os profissionais pesquisados, 85% conhecem a ficha de notificação, fator que contribui para a estruturação do Serviço de Atendimento às vítimas de violência.

Os dados revelam que 85% dos profissionais compreendem do que trata o Estatuto da Criança e do Adolescente, pois afirmam que todo e qualquer profissional de saúde deve notificar os casos suspeitos de violência.

Em relação aos tipos de violência que devem ser notificados, os resultados expressam que dos profissionais pesquisados, 30% entendem que todos os tipos devem ser notificados. Dados como estes revelam que a maioria dos profissionais não se encontram sensibilizados para perceberem as diferentes expressões da violência. Uma parcela significativa dos profissionais reconhece apenas que alguns tipos devem ser notificados, como discriminado no gráfico abaixo:

Gráfico 2 - Tipos de Violência



Fonte: NUSP – UFPE. Agosto de 2007.

2.3. FLUXO DE ATENDIMENTO

Conhecer o fluxo interno e externo permite que o atendimento às vítimas seja realizado de forma a garantir seus direitos anteriormente infringidos. O profissional apropriado dessas informações viabiliza esse processo, tornando-se agente de fundamental importância, na medida em que atua na perspectiva da Doutrina da Proteção Integral adotada pelo ECA.

Pudemos perceber que os profissionais, em sua maioria, ainda não conhecem o funcionamento da rede interna do HC. Dos profissionais questionados, 10% não souberam informar como se dá esse funcionamento; 30% não responderam à questão; 15% expressaram respostas insuficientes e 10% não souberam distinguir as ações realizadas pela rede interna e pela rede externa. Apenas 35% souberam informar que após os casos notificados deverão ser enviados ao setor de Serviço Social, onde serão realizados os devidos encaminhamentos, sendo esta resposta considerada pela pesquisa como apropriada.

Em relação ao conhecimento sobre o funcionamento da rede externa, dois profissionais se abstiveram; dois profissionais não souberam responder o questionamento; e cinco expressaram respostas consideradas insuficientes. Contudo, 50% responderam que os casos devem ser encaminhados para os órgãos responsáveis pela garantia dos direitos da criança e do adolescente como o Conselho Tutelar, a Gerência de Proteção à Criança e do Adolescente e ao Ministério Público.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ocorrência do fenômeno da violência contra crianças e adolescentes, em suas diversas formas, traz impactos significativos não apenas para a saúde Pública, mas para a sociedade como um todo. A intervenção sobre a violência exige esforços do Estado, por meio da elaboração de políticas públicas específicas para a educação e sua prevenção, ampliação de debates, que possam instrumentalizar a sociedade para a compreensão desse intrincado problema social, bem como incentivar pesquisas e projetos que tenha como foco a temática, suas vítimas e seus agentes.

Embora a violência tenha uma inserção recente na agenda da saúde pública, entendemos que houveram avanços expressivos, a exemplo da implementação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências e a instituição dos Núcleos Acadêmicos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, os quais surgem para impulsionar e fomentar a discussão sobre a temática violência e inseri-la nos mais diversos ciclos de debates. A pesquisa realizada na Enfermaria Pediátrica, revelou que, no âmbito da saúde, ainda há muitos obstáculos a serem superados, que vão desde o desconhecimento do conceito de violência, falha no processo de notificação dos casos, até a ausência de conhecimento no processo do encaminhamento dos casos para a Rede de Proteção, bem como a desinformação dos profissionais quanto ao conhecimento e aplicabilidade do ECA.

Ressaltamos ainda que outra discussão se faz premente é a de melhoria do fluxo de atendimento, pois, atualmente, a violência é identificada pelos profissionais que realizam o atendimento e conduzem o caso ao Serviço Social para ser notificado e encaminhado. Na verdade, a notificação é de competência de todo e qualquer profissional da rede de saúde, devendo ser realizada por aquele que atende o usuário com suspeita de violência, conduzindo as vítimas aos encaminhamentos necessários a promoção de sua saúde e garantia de sua proteção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAIERL, L.F. **Medo Social**: da violência visível ao invisível da violência. Cortez. São Paulo, 2004.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. LEI N°8.069, de 13 de julho 1990.

_____.Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência**. Portaria GM/MS. N° 737 de 16/05/2001.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes pelos Profissionais de Saúde: Um Passo a mais na Cidadania em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da Violência na Saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

FREIRE, Ana Helena Duarte, Et al. **Família, Violência e Políticas Públicas**. TCC. Recife. UFPE, 2004.

FREITAS, F.F.B. **A Violência no Brasil e seu Impacto sobre a Saúde Pública**: fatos e números de uma guerra diária. s/d.

GAWRYSZEWSKI, V.P. *et al.* As causas externas no Brasil no ano de 2000: comparando a morbidade e a mortalidade. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20(04), 2004.

MELO, J.C.T. & SILVA, S.A. da. Violência para todos. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 9. N° 1. Rio de Janeiro, 1993.

MINAYO, M.C.S. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública In: **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 10 (supl. 1). Rio de Janeiro. 1994.

MINAYO, M.C.S. A Inclusão da Violência na Agenda da Saúde: trajetória histórica. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. N°11. 2007.

POIRIER, Marie- Pierre. Prevenção à violência contra criança e adolescentes: Um compromisso de todos nós. In: **Violência faz Mal à saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

SOUZA & JORGE. Impactos da Violência na Infância e Adolescência Brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: **Violência Faz Mal a Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.