

Microfísica do enfrentamento de violência intrafamiliar contra crianças na atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família em Belém e Salvador - Brasil.

Alder Mourão y Ceci Vilar Noronha.

Cita:

Alder Mourão y Ceci Vilar Noronha (2017). *Microfísica do enfrentamento de violência intrafamiliar contra crianças na atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família em Belém e Salvador - Brasil*. XXXI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Montevideo.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-018/662>



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

**MICROFÍSICA DO ENFRENTAMENTO DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA
CRIANÇAS NA ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
BELÉM E SALVADOR – BRASIL.**

Alder Mourão

aldermourao@gmail.com

Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia
Brasil

Ceci Vilar Noronha

ceciavilar@gmail.com

Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia
Brasil



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

RESUMO

Este trabalho tem o objetivo de analisar a microfísica do enfrentamento de situações de violência intrafamiliar contra crianças nos contextos de trabalho dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional de dois serviços que operem com o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas cidades de Belém e Salvador ao abordar o saber-fazer, as relações de poder entre os diferentes agentes do cuidado e aspectos subjetivos acessados através de método qualitativo a partir de entrevistas com os profissionais e observação da atuação nos serviços. A ESF representa uma vertente da Atenção Primária à Saúde para o acesso ao direito a saúde na assistência às famílias em casos de enfermidades e agravos. Atuar no enfrentamento da violência intrafamiliar contra criança coloca os profissionais da ESF frente a questões técnicas e morais em razão de: 1) este tipo de violência contra criança acontecer no âmbito do privado, da família, onde os agressores são os próprios membros familiares ou responsáveis pelo cuidado da vítima; 2) a adscrição da população atendida ao mesmo tempo que favorece a identificação de necessidades e a organização do trabalho também coloca os profissionais mais expostos a retaliações dos agressores; 3) a formação dos profissionais brasileiros está centrada nas ciências biomédicas, faltando sensibilidade às dimensões sociais; 4) bem como os limites impostos pelas condições de possibilidade para o trabalho nos serviços de saúde. Essas questões desafiam, segundo a lógica foucaultiana, micro poderes dos profissionais para atuar frente aos casos de violência intrafamiliar contra crianças, quer ao acolher, notificar ou acionar as redes de cuidados e de proteção social no seguimento da atenção integral à saúde; ou ao propor trabalho com agressor a fim de prevenir novas violências e interromper o seu ciclo. Seja no sistema de saúde ou em ação conjunta com o sistema de justiça, considerando que atos de violência contra crianças são tipificados como crimes pela legislação brasileira. Por outro lado, a literatura também aponta que há sofrimento entre os profissionais de saúde ao atuar frente a esses casos. Contudo, ainda são pouco conhecidas as repercussões que o enfrentamento de situações de violência intrafamiliar contra criança produz na subjetividade dos profissionais, principalmente no que tange o estresse, as emoções ligadas ao trabalho e os impactos nas relações entre os profissionais. Fatores que podem influenciar na equidade da atenção à saúde prestada nesses serviços.

Palavras clave

Maus-Tratos Infantis; Cuidado da Criança; Estratégia Saúde da Família.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

ABSTRACT

This paper aims to analyze the microphysics of intrafamily violence against children confrontation in the work contexts of the professionals that integrate the multiprofessional team of two services that operate with the Family Health Strategy (FHS) model in the cities of Belém and Salvador (Brazil). The focus is to describe the knowledge, power relations between the different care agents and subjective aspects accessed through a qualitative method based on interviews with the professionals and observation of the acting in the services. The FHS represents a Primary Health Care aspect to access the right to health in the care of families in cases of illness and injury. Acting in facing domestic violence against children puts FHS professionals in front of technical and moral issues, mainly because: 1) this type of violence against children occurs in the private sphere of the family, where the perpetrators are the family members or responsible for the care of the victim; 2) at the same time the adscription of the population attended helps the identification of needs and the work organization, also puts the professionals more exposed to retaliation of the aggressors; 3) the training of Brazilian professionals is centered in biomedical sciences, lacking sensitivity to social dimensions; and, 4) the limits imposed by the possibility of work conditions in the health services. According to Foucault's logic, these issues challenge professionals' micro-powers in acting on cases of domestic violence against children, such as receiving, notifying or triggering care and social protection networks for integral health care, or by proposing work with the aggressor in order to prevent further violence and interrupt its cycle. The health system and Brazilian justice, acting isolated or combined, consider that acts of violence against children as a crime, but specialized literature points out that there are suffering among health professionals when acting with these cases. The repercussions of intrafamily violence against children confrontation on the subjectivity of these professionals, especially regarding stress, work-related emotions and impacts on their work relationships still need further investigation, because they are factors that may influence the equity of health care provided in these services.

Keywords

Child Abuse; Child Care; Family Health Estrategy.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

I. Introdução

Neste *paper* apresento parte dos resultados da pesquisa de doutorado, em andamento, que estou desenvolvendo na área de Ciências Sociais em Saúde – dentro do campo da Saúde Coletiva –, sendo orientado pela segunda autora. Pesquisa que tem o objetivo analisar a microfísica do enfrentamento de situações de violência intrafamiliar contra crianças nos contextos de trabalho dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional de serviços que operem com o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas cidades de Belém e Salvador ao abordar o saber-fazer, as relações de poder entre os diferentes agentes do cuidado e aspectos subjetivos. Entretanto, neste *paper* apresento e analiso dados produzidos na fase de aproximação com o campo na cidade de Salvador.

A experiência de trabalho como enfermeiro da ESF é o que me leva a escolher essa política pública como local de pesquisa. A ESF é a maior política pública de saúde brasileira no interior do SUS¹; está presente nos 27 estados da federação e representa uma vertente da Atenção Básica² para o acesso ao direito à saúde e assistência às famílias em casos de enfermidades e agravos. Com uma equipe composta por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, e com pouco mais de 20 anos da sua implantação a Estratégia tem se mantido como o modelo de atenção à saúde no nível primário que mais oferece atendimentos fora dos muros da unidade de saúde através de visitas domiciliares, grupos e reuniões no território e que possui um território e uma população adscrita³, o que significa dizer: uma população delimitada para planejamento e oferta de serviços.

¹ SUS. Sistema Único de Saúde, é o sistema público de saúde brasileiro, criado em 1988 para oferecer acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde para todo cidadão do país.

² Equivalente a Atenção Primária à Saúde no Brasil.

³ A adscrição da população é um dos pontos estruturais para a organização do trabalho das equipes nos territórios assistidos, no modelo de atenção à saúde proposto pela ESF. A delimitação do território e o cadastro de um número limitado de famílias por equipe tem o sentido de favorecer a identificação de necessidades, o acompanhamento das situações de saúde e a organização do trabalho, através de uma relação de proximidade com os usuários do sistema de saúde. Essa característica da organização do trabalho na ESF é importante e será retomada na análise dos dados.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

No ano de 2008, a equipe da ESF recebeu o incremento de novos profissionais com a implantação da equipe do NASF – chamado de Núcleo de Apoio à Saúde da Família – para dar suporte às equipes básicas. O NASF possui uma equipe de composição variável que conta com psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeuta, nutricionista, preparador físico entre outros e trabalha com modelo de apoio matricial e dá suporte a equipes de saúde da família em duas ou três unidades.

Em 2010, o Ministério da Saúde brasileiro publicou o documento **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências** (Brasil, 2010) com o propósito de sensibilizar e orientar gestores e profissionais da saúde a estabelecerem fluxos de atendimentos para uma ação contínua e permanente nesses casos.

No documento estão descritas as ações das dimensões do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento do caso na rede de cuidado e proteção social; com vistas ao alcance da integralidade do cuidado na busca por articular a produção do cuidado na Atenção Básica com os demais níveis de atenção e a interação com os demais sistemas para a garantia de direitos, proteção e defesa das crianças através da proposta de trabalho em rede intrasetorial e intersetorial.

No ano seguinte, o mesmo ministério lançou o documento **Metodologias para o Cuidado de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências** (Brasil, 2011), onde são sugeridas o uso de metodologias participativas, a promoção de espaços de encontro e de comunicação, que envolvam conjuntamente profissionais, crianças, adolescentes e suas famílias, principalmente através do trabalho em grupo, das abordagens com famílias e comunitárias.

Atuar no enfrentamento de situações de violência intrafamiliar contra crianças coloca os profissionais da ESF frente a diferentes questões técnicas e/ou morais em razão de algumas particularidades que tangenciam as situações de violência no trabalho, como por exemplo: 1) este tipo de violência contra criança acontecer no âmbito do privado, da família, onde os agressores são os próprios membros familiares ou responsáveis pelo cuidado da vítima; 2) a adscrição da população atendida ao mesmo tempo que favorece a identificação de necessidades e a organização do trabalho também coloca os profissionais mais expostos a retaliações dos agressores; 3) a formação dos profissionais brasileiros está centrada nas ciências biomédicas, faltando



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

sensibilidade à dimensão social; 4) bem como os limites impostos pelas condições de possibilidade para o trabalho nos serviços de saúde.

Essas particularidades desafiam, segundo a lógica foucaultiana, micropoderes dos profissionais para cuidar de crianças em situação de violência intrafamiliar, quer ao acolher, notificar ou acionar as redes de cuidados e de proteção social no seguimento da atenção integral à saúde; ou ao propor trabalho com agressor a fim de prevenir novas violências e interromper o seu ciclo; seja no sistema de saúde ou em ação conjunta com o sistema de justiça, considerando que atos de violência contra crianças são tipificados como crimes pela legislação brasileira.

Na cidade de Salvador a pesquisa está sendo realizada em duas Unidades de Saúde da Família (USF) que integram o Distrito Sanitário de Cajazeiras. Este Distrito é composto por 16 bairros (Salvador, 2017) e possui população total de 198.005 habitantes (CONDER, 2016). Cajazeiras se localiza na periferia de Salvador, em uma área no limite da cidade, em região de fronteira com municípios da região metropolitana. Região que possui municípios que apresentam altos índices de violência.

Segundo dados do Atlas da Violência de 2017 (IPEA, 2017), pesquisa que analisa as taxas de homicídios somadas ao número de mortes violentas com causa indeterminada, dos 304 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes; dois municípios que integram a região metropolitana de Salvador – Lauro de Freitas e Simões Filho – estão entre os cinco mais violentos do país. Ambos municípios fazem fronteira com a cidade de Salvador, área onde se localiza Cajazeiras.

Lauro de Freitas é o segundo município mais violento do país com taxa de 97,7 homicídios a cada 100 mil habitantes e Simões Filho é o quinto município da lista, com taxa de 92,3; Salvador está no 54º lugar da lista, com taxa de 59,3 homicídios (IPEA, 2017).



XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

II. Marco teórico/marco conceptual

A principal categoria que utilizarei para analisar os dados produzidos no campo é a categoria **Poder** de Michael Foucault. Como destaca Machado (1999), não existe em Foucault uma teoria geral do poder; o que significa dizer que em suas análises, Foucault, não considera o poder como uma realidade que possua uma natureza, uma essência que ele procuraria definir por suas características universais; não existe algo unitário e global chamado poder, mas unicamente formas díspares, heterogêneas, em constante transformação. O poder não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social e, como tal, constituída historicamente.

Deste modo, Foucault afirma que não existe o poder, o que existe são práticas e relações de poder. Poder não é um objeto, ou uma coisa, é uma relação; é algo que se exerce, que se efetua. Funciona como um maquinário social que não está situado em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social (Revel, 2005; Machado, 1999).

Ele trata o poder como um exercício ou como um jogo de forças instável e permanente, e não meramente como um atributo que se tenha posse ou não, ou como uma coisa que seja passível de se tomar posse, apoderar-se.

“Poder, para Foucault, é apenas a forma, variável e instável, do jogo de forças que definem as relações sociais em cada momento histórico concreto, e que se define através de práticas e discursos específicos” (Passos, 2013, p.11).

Foucault também reconhece o poder em seu lado produtivo, o lado positivo do poder como um jogo de forças essencial à vida. Noção esta que tem sua compreensão dificultada, possivelmente pelas relações observadas na história política recente, como os poderes totalitários do último século, e ao longo de sucessivos governos ditatoriais violentos que nos impingiram uma visão do poder como algo negativo, massacrante, e ainda o poder como destruidor de toda forma legítima de relação social democrática (Passos, 2013).



XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

O poder não está localizado em nenhum ponto específico da estrutura social, funciona como uma rede de dispositivos ou mecanismos a que nada ou ninguém escapa, a que não existe exterior possível, limites ou fronteiras. Daí a importante e polêmica ideia de que o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não (Passos, 2013).

Sobre poder, Foucault mesmo afirma que: “deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir” (Foucault, 1999, p.08). E é justamente o que faz com que ele se mantenha e que seja aceito, ele simplesmente não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saberes e produz discursos (Foucault, 1970).

O termo **microfísica** utilizado nesta pesquisa também tem sua fundamentação no referencial foucaultiano. O que Foucault chamou de *microfísica do poder* significa tanto um deslocamento do espaço da análise quanto do nível em que esta se efetua. Os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da rede social e neste complexo os micropoderes existem integrados ou não ao Estado (Foucault, 1999)

Na visão de Foucault, é impossível estarmos fora ou acima das relações de poder, de sua microfísica, sua dinâmica; e sinaliza que é importante entendê-las como uma luta de confronto permanente em um contexto onde a liberdade existe e resiste sempre.

Os termos **violência intrafamiliar** ou familiar e violência doméstica vêm sendo usados na literatura como sinônimos. É certo que as violências intrafamiliares estão entrelaçadas: as violências contra a mulher, contra a criança, contra o adolescente e contra o idoso (Wirtz, et al., 2016; Campbell & Lewandowski, 1997). Contudo, crianças e adolescentes costumam ser vítimas privilegiadas, especialmente as crianças, por serem menos poderosas na hierarquia familiar e pelo grau de fragilidade e dependência próprios da infância e da adolescência (Assis & Constantino, 2003).



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

O conceito de violência intrafamiliar formulado por Assis e Constantino (2003) refere que este é o tipo de violência que se manifesta nas relações interpessoais que ocorrem entre os membros de uma família, através de atitudes, omissões ou ações de caráter físico, sexual, verbal, emocional, e moral de uns com os outros, causando prejuízos a um ou mais dos familiares.

Azevedo e Guerra (2005) definem a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, como:

“Atos e/ou omissões praticados por pais, parentes ou responsável em relação à criança e/ou adolescente que sendo capaz de causar à vítima dor ou dano de natureza física, sexual e/ou psicológica. Implica, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância. Isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento” (p.16).

A violência contra crianças e adolescentes também foi definida como “todo ato ou omissão cometidos por pais, parentes, outras pessoas ou instituições, capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima” (Minayo, 2001, p.92). Esse tipo de violência tem como principal especificidade sua vinculação ao processo educativo, como instrumento de socialização (Minayo, 2001), que faz com que muitas vezes seja naturalizada – principalmente entre crianças pobres –, e também uma questão privada da família, onde não caberia ação externa, como, por exemplo, a ação dos profissionais de saúde.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

III. Metodologia

Esta é uma pesquisa empírica, exploratória, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, com a proposta de estudar os casos de duas Unidades de Saúde da Família (USF) – e suas equipes multiprofissionais – em cada cidade (Belém e Salvador); e com dados produzidos a partir dos métodos de observação da atuação nos serviços, diário de campo e de entrevistas com alguns dos profissionais nas duas USF de cada cidade.

Na cidade de Salvador, como já referido na introdução, as unidades estudadas integram o Distrito Sanitário de Cajazeiras. Entretanto, os dados apresentados a seguir se referem ao período de aproximação com os participantes de somente uma USF nesta cidade.

Em pouco mais de 50 horas de observação tive a oportunidade de observar a atuação dos profissionais em algumas atividades, além de conversar informalmente com diferentes profissionais. Nesse sentido, darei ênfase a alguns aspectos observados e a conversas ocorridas e registradas sistematicamente em notas no diário de campo. Tais notas receberam tratamento temático descrito por Gibbs (2009) que resultaram em três categorias temáticas e seus respectivos códigos analíticos a serem apresentados na próxima seção.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

IV. Análises e discussão de dados

Os resultados aqui apresentados são parciais e as análises e discussões são preliminares em virtude de a etapa de campo ainda estar em curso.

A primeira categoria analítica que aparece a partir do tratamento das notas do diário de campo diz respeito à visualização das situações de violência.

Categoria Temática A - (In)visibilidade da violência

Código Analítico A1 - Negação

“Não tem caso de violência contra criança aqui”.

Ouvi essa frase diversas vezes, dita por diferentes profissionais ao realizar a apresentação da proposta da pesquisa nas primeiras aproximações com o campo. E mesmo que eu tentasse puxar mais assunto, a negação de crianças em situação de violência intrafamiliar encerrava o diálogo.

Ouvi também:

“Acho que você não vai conseguir fazer sua pesquisa aqui,
talvez em outra unidade do distrito”.

Ao elaborar outras formas de aproximação e esclarecer o interesse também em possíveis ocorrências de crianças em situação de violência que são vistas, mas não atendidas – por diferentes e independente dos motivos – alguns profissionais relataram brevemente algumas experiências. Assim, foi possível apreender que ao responderem: “não tem caso de violência contra criança aqui”,



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

esta negação dos profissionais tinha mais um sentido de: *não temos casos de violência contra criança notificados nessa unidade de saúde*; ao seguir esta lógica de pensamento – sem notificação não tem caso; daí a negação inicial, a negação dos casos, mas não a de crianças em situação de violência.

Então, primeiramente, a violência é negada, mesmo que depois ela apareça; ainda assim há uma recusa inicial da sua existência. Como se território de atuação da unidade não houvesse violências e o local onde ela está localizada, o distrito, não fosse uma região violenta.

A mudança da abordagem com os participantes e a manifestação do interesse também em possíveis ocorrências de violências que são percebidas pelos profissionais, mas não são notificadas; aquelas em que não se pode ou não se dá para ‘entrar’. ‘Entrar’ no caso, neste tecido social, significa assumi-lo enquanto um problema a ser resolvido pela equipe e formalizá-lo com a notificação. À vista disso, sim, há crianças em situações de violência no território de trabalho da unidade estudada; e algumas experiências no cuidado a essas crianças foram brevemente relatadas e formam a base dos dados apresentados nas duas categorias analíticas seguintes.

Assim sendo, a notificação de violência institucionaliza o caso. O ato de notificar inicia um processo que visa a interromper as situações de violência no âmbito da família. Ainda que seja um direito das vítimas e compulsória para os profissionais, os números de casos de violência anunciados revelam apenas uma parte da realidade, outra parcela segue subnotificada, sejam de suspeitas ou mesmo casos confirmados.

Apesar das determinações das legislações brasileiras, da obrigatoriedade e do reconhecimento do valor da notificação, a subnotificação da violência ainda é uma realidade no sistema de saúde e os profissionais de saúde têm dificuldades em adotá-la como conduta padrão (Luna, et al., 2010).

Profissionais de saúde que participaram da pesquisa realizada por Pereira e outras autoras (2013) consideram elevada a subnotificação, alguns destacam que casos são vistos e não são notificados; e mesmo com o reconhecimento da relevância da ficha de notificação como uma das ferramentas para o enfrentamento da violência, participantes destacaram a dificuldade para



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

identificação dos casos e a falta de informações básicas que permitam a confirmação, como principais motivos responsáveis pela subnotificação.

Na pesquisa realizada por Lobato, Moraes & Nascimento (2012), dúvidas e principalmente o receio em notificar casos suspeitos foram sinalizados, em pesquisa onde médicos em enfermeiros da ESF foram identificados pelos participantes como os principais profissionais a assumir a responsabilidade de notificar os casos.

Enquanto que, mais da metade dos 359 participantes da pesquisa realizada por Luna, Ferreira & Vieira (2010), identificaram casos de violência contra criança que não foram notificados e afirmaram que o tema da violência não é abordado em reuniões de equipe, do conselho de saúde ou com a comunidade.

A segunda categoria temática que aparece está relacionada à uma das premissas fundamentais da organização do trabalho da ESF, a adscrição da população atendida.

Categoria Temática B – Adscrição da população aproxima e afasta da assistência

Código Analítico B1 – Medo de “entrar” nos casos

Esse tópico apareceu em diálogos com alguns profissionais, o medo de “entrar” em certos casos.

“Tem profissional aqui que já foi ameaçado”

“Tem que rua que a gente não visita sozinha”

Ao mesmo tempo que a adscrição da população atendida favorece a identificação de necessidades e a organização do trabalho, nos casos de crianças em situação de violência intrafamiliar, ela também coloca os profissionais mais expostos a possíveis retaliações dos agressores.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

O medo é tópico recorrente em pesquisas com a temática da violência. Medo que os profissionais sentem em atuar nestes casos; medo de construir os casos, de institucionalizá-los, de notificá-los e de falar sobre ele, inclusive com as pessoas do e no território.

O medo dos profissionais é de sofrer represália por parte dos agressores (Veloso, 2015; Luna, Ferreira & Vieira, 2010; Lancman, et al., 2009; Granville-Garcia, Silva & Menezes, 2008; Cunha, 2007). Há medo também em trabalhar com famílias que moram em regiões onde opera a lei do narcotráfico (Andrade, et al., 2011; Lobato, Moraes & Nascimento, 2012; Morais, 2012).

Relato presente principalmente na fala dos ACS, por serem os profissionais na equipe que mais realizam atividades no território – fora dos muros da unidade de saúde (Andrade, et al., 2011; Lancman, et al., 2009); ainda mais quando a equipe é composta, em sua maioria, por mulheres (Souza & Santos, 2013); além disso, os ACS são identificados como os profissionais mais expostos à ameaças de retaliações por parte da família e do próprio agressor, tanto por sua proximidade com a família e quanto pela visibilidade na comunidade onde trabalham (Lobato, Moraes, Nascimento, 2012; Morais, 2012).

E a última categoria temática enfatiza o impacto dessas situações na subjetividade dos profissionais.

Categoria Temática C – Subjetividade dos profissionais

Código Analítico C1 – Emoções relacionadas aos atendimentos

Em conversa com uma profissional da equipe, onde ela acabara de relatar algumas experiências em que considera ter sido limitada sua atuação no cuidado a crianças em situação de violência por questões que julgava além de suas capacidades, perguntei como ela se sentia ao se ver frente a crianças nessas situações, algumas de suas respostas mais marcantes, entre silêncios e com olhar baixo, foram:



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

“Fico angustiada”

“Deu vontade de botar ele no colo, mas não pode”

“É triste ver e não poder fazer nada”

“A gente se blinda pra não sofrer”

Apesar do grande volume de trabalhos acadêmicos abordando a temática da violência, poucos são os trabalhos que se voltam para os impactos na subjetividade de profissionais que exercem esse tipo de ação cuidadora, como o trabalho de Morais (2012) que apresenta relatos transcritos da fala de profissionais que trazem emoções como tristeza, dor no coração e também reações, como ficar chocado ou abismado com alguns casos.

O trabalho com vítimas de violência mobiliza os profissionais e há relatos carregados com uma variedade de emoções que se refletem nos conteúdos de suas ações. Há relatos de sentimentos de desmotivação, impotência, raiva, irritação, culpa, pena, medo, angústia e solidão ao se referirem aos casos de violência atendidos; e um forte posicionamento de que não há como haver neutralidade nesse trabalho, pois há grande envolvimento e comprometimento com o outro que sofre (Penso et. al., 2010).

Para diminuir o impacto dos atendimentos aos casos de violência, profissionais relataram algumas estratégias, como: realizar o atendimento em dupla, com o objetivo de diminuir o desgaste dos atendimentos e promover um espaço de troca e escuta; e procurar colegas [profissionais] para desabafar sobre os casos em busca de apoio quando está muito difícil suportar só o peso da escuta (Penso, et. al., 2010).



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

V. Conclusões

Os dados produzidos até o momento mostram um conjunto de ações desenvolvidas pelos profissionais ao atuar frente a tais casos, como a negação da existência de crianças nessa situação no território e menção do medo de “entrar” nesses casos; ações que acabam por operar uma seleção dos casos a serem atendidos.

Como na visão de Foucault é impossível estarmos fora ou acima das relações de poder, enquanto este é exercido em níveis variados e em pontos diferentes da rede social, em um exercício de forças instável, permanente e em constante transformação; na rede produtiva do poder que atravessa o tecido social da USF, é possível dizer que existe poder na atuação dos profissionais; poder de dizer, o que “entra” e não “entra”, no serviço de saúde como caso de violência.

O poder que o profissional usa ao negar a existência de crianças em situação de violência no território está baseado em um discurso de verdade sustentado pelo saber da medicina científica; tomado como um discurso de verdade indiscutível naquele território. Negação que pode ter desdobramentos sobre o acolhimento das vítimas, a busca por confirmação de uma situação que precise de cuidado; além de consequência direta no acesso ao direito à saúde.

Em outra vista, parece que o poder usado na negação tem relação ao medo referido pelos profissionais. E nessa situação do medo, o poder em relação é exercido pela família [ou agressor] e não pelos profissionais, sendo estes os que recebem os efeitos do poder, o que resulta em limitar a atuação profissional, e comprometer os resultados na interrupção do ciclo da violência.

A partir de análises preliminares, neste momento é possível refletir que nem todas as estratégias pensadas para organização e planejamento do serviço de saúde, como é o caso da adscrição da população atendida – que é um avanço na organização para a melhoria dos serviços prestados – nem sempre tem os mesmos benefícios para todas as situações no território, como esta, em particular. O que coloca os profissionais em uma posição próxima aos agressores e, no final, produz um impacto na atuação dos profissionais no serviço.



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

O delicado trabalho com pessoas em situação de violência, torna-se mais delicado se estas forem crianças, que tem seu grau de autonomia diferente de um adulto; e o atendimento a esses casos coloca os profissionais de saúde frente a situações, algumas vezes, limite entre o humano, o profissional e a manutenção da própria vida e saúde. O impacto em sua subjetividade ao presenciar situações como essas também pode estar relacionado ao fato da negação dos casos de violência; assim como aspectos subjetivos dos profissionais podem ter forte influência nas ações de proteção e cuidado a crianças em situação de violência.

Os resultados apresentados sinalizam para alguns desafios do enfrentamento a este tipo de violência; também para a necessidade de utilização de micropoderes dos profissionais para cuidar de crianças em situação de violência intrafamiliar, quer ao acolher, notificar ou acionar as redes de cuidados e de proteção social no seguimento da atenção integral à saúde; ou ao propor trabalho com agressor a fim de prevenir novas violências e interromper o seu ciclo.

O que também conduz a reflexão para o papel do profissional no que diz respeito aos princípios do SUS e da ESF, o direcionamento das ações para o alcance da integralidade do cuidado, o avanço na proposta do trabalho em rede intrasetorial e intersetorial e na interação com os demais sistemas para a garantia de direitos, proteção e defesa das crianças.



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

VI. Bibliografía

- Andrade, E. M., Nakamura, E., de Paula, C. S., Nascimento, R., Bordin, I. A., & Martin, D. (2011). A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde Soc*, 20(1), pp. 147 - 155.
- Assis, S. G., & Constantino, P. (2003). Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. Em M. Minayo, & E. Souza, *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira* (pp. 163 - 189). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Azevedo, M. A., & Guerra, V. N. (2005). Um cenário em (des)construção. Em UNICEF, *Direitos Negados: A Violência contra a Criança e o Adolescente no Brasil* (pp. 15-27). Brasília: UNICEF.
- Brasil. (2010). *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). *Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campbell, J. C., & Lewandowski, L. A. (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatr Clin North Am*, 20, pp. 353 - 374.
- CONDER. (2016). *Painel de informações: dados socioeconômicos do município de Salvador por bairros e Prefeituras-Bairros*. Salvador: CONDER / INFORMS.
- Costa, M. C., Carvalho, R. C., Santana, M. A., Silva, L. M., & Silva, M. R. (2010). Avaliação do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, em Feira de Santana, Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), pp. 563 - 574.
- Cunha, J. M. (2007). A atenção de enfermagem à criança vítima de violência familiar. 191 f. Tese (Doutorado). Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.
- Foucault, M. (1970). *A ordem do discurso*. (E. C. Bento, Trad.) Acesso em 12 de 09 de 2014, disponível em www.filoesco.unb.br/foucault
- Foucault, M. (1999). *Microfísica do Poder* (14 ed.). (R. Machado, Trad.) Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Gibbs, G. (2009). Codificação e categorização temática. Em G. Gibbs, *Análises de dados qualitativos* (R. C. Costa, Trad., pp. 59 - 78). Porto Alegre: Artmed.
- Granville-Garcia, A. F., Silva, M. J., & Menezes, V. A. (2008). Maus-Tratos a Crianças e Adolescentes: Um Estudo em São Bento do Una, PE, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 8(3), pp. 301 - 307.
- IPEA. (2017). *Atlas da Violência 2017*. Rio de Janeiro: Ipea e FBSP. Fonte: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=30253
- Lancman, S., Chiarardi, M. I., Castro, E. D., & Tuacek, T. A. (2009). Repercussões da violência da saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*, 43(4), pp. 682 - 688.



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

- Lobato, G. R., Moraes, C. L., & Nascimento, M. C. (2012). Desafios da atenção à violência doméstica contra criança e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 28(9), pp. 1749 - 1758.
- Luna, G. L., Ferreira, R. C., & Vieira, L. J. (2010). Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da equipe Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), pp. 481 - 491.
- Luna, M. G., Parente, O. E., Moreira, P. D., & Vieira, S. L. (2010). Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescente: o discurso oficial e a práxis. *Rev. Enferm UERJ.*, 18(1), pp. 148 - 152.
- Machado, R. (1999). Introdução: por uma genealogia do poder. Em M. Foucault, *Microfísica do Poder* (pp. VII-XXIII). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Minayo, M. C. (2001). Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, 1(2), pp. 91 - 102.
- Morais, R. (2012). Violência contra criança e adolescente: percepção dos profissionais. 109 f. *Dissertação (Mestrado Acadêmico)*. Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
- Passos, I. C. (2013). Situando a analítica do poder em Michel Foucault. Em I. C. Passos, *Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade* (2 ed., pp. 7-19). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Penso, M. A., Almeida, T. M., Brasil, K. C., Barros, C., & Brandão, P. (2010). O atendimento a vítimas de violência e seus impacto na vida de profissionais de saúde. *Temas em psicologia*, 18(1), pp. 137-152.
- Pereira, A. S., Dias, M. W., Luna, G. L., Moreira, D. P., Marques, L. A., & Vieira, L. J. (2013). Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, 14(3), pp. 289 - 295.
- Revel, J. (2005). *Michel Foucault: conceitos essenciais*. (M. Gregolin, N. Milanez, & C. Piovesani, Trads.) São Carlos: Claraluz.
- Salvador. (09 de 08 de 2017). *Distritos Sanitários*. Fonte: Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura de Salvador: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios/#1463063308547-63446a6f-09fa>
- Souza, R. G., & Santos, D. V. (2013). Enfrentando os maus-tratos infantis nas Unidades de Saúde da Família: atuação dos enfermeiros. *Physis*, 23(2), pp. 783 - 800.
- Veloso, M. M. (2015). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: limites e possibilidades de atuação de profissionais de saúde. 205 f. Tese (Doutorado) – Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará.
- Wirtz, A. L., Alvarez, C., Guedes, A. C., Brumana, L., Modvar, C., & Glass, N. (2016). Violence against children in Latin America and Caribbean countries: a comprehensive review of national health sector efforts in prevention and response. *BMC Public Health*, 1006. doi:10.1186/s12889-016-3562-3