

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

SANDRA DE OLIVEIRA GARCIA

**AS NECESSIDADES DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA À
CRIANÇA VITIMIZADA POR VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM
JOÃO PESSOA NO CONTEXTO DO SUS**

**JOÃO PESSOA - PB
2007**

SANDRA DE OLIVEIRA GARCIA

**AS NECESSIDADES DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA
VITIMIZADA POR VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM JOÃO PESSOA NO
CONTEXTO DO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Nível Mestrado do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva.

Linha de Pesquisa: Políticas e práticas em saúde e enfermagem

JOÃO PESSOA - PB
2007

C215n Garcia, Sandra de Oliveira.

As necessidades de saúde na assistência à criança vitimizada por violência doméstica em João Pessoa no contexto do SUS/Sandra de Oliveira Garcia. – João Pessoa, 2007.

147p.

Orientadora: Ana Tereza M. C. da Silva.

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS.

1. Enfermagem 2. Violência contra criança 3. Criança - Necessidade de saúde 4. Processo de trabalho em saúde coletiva.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

SANDRA DE OLIVEIRA GARCIA

**AS NECESSIDADES DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA
VITIMIZADA POR VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM JOÃO PESSOA NO
CONTEXTO DO SUS**

APROVADA EM ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Dra. ANA TEREZA MEDEIROS CAVALCANTI DA SILVA
(Orientadora)

Dra. NEUSA COLLET
(Examinadora)

Dra. MÉRITI DE SOUZA
(Examinadora)

Dra. MARIA DE FÁTIMA PEREIRA ALBERTO
(Examinadora)

*A meus filhos **Yasmin** e **João Gabriel**, pelo carinho e apoio durante o decorrer deste trabalho e por me ajudarem a compreender o universo infantil.*

***Às crianças vitimizadas por violência doméstica** que tocaram o meu coração e deram vida a este trabalho, possibilitando a realidade desse fenômeno visível e passível de mudanças.*

Dedico

AGRADECIMENTOS

*A **Deus**, por iluminar o meu caminhar nos momentos pessoais e profissionais da minha vida;*

*Aos meus pais **Antonio Laurentino Barros Garcia** e **Joselita de Oliveira Garcia**, pelo apoio e cuidado em todos os momentos de minha existência;*

*Ao meu esposo e companheiro, **Jorge de Oliveira Gomes**, pela paciência, compreensão e incentivo ao meu crescimento profissional. Por saber ser tão especial na minha vida;*

*Aos meus filhos **Yasmin Oliveira Gomes** e **João Gabriel Oliveira Gomes**, pela sabedoria e ternura de compreenderem as ausências da mamãe, bem como a minha luta em conciliar a diversidade de papéis que o cotidiano da mulher exige;*

*Ao meu irmão, **Nivaldo Garcia Neto** que, na sua forma de ser, torce e vibra com o meu crescimento pessoal e profissional;*

*À tia **Rosa Barros Garcia**, pelo incentivo, por acreditar em mim e sobretudo por ser fonte de inspiração de respeito e consideração ao mundo interno das crianças;*

*À Prof^a Dra **Ana Tereza Medeiros Cavalcanti Silva**, por me acolher enquanto orientanda, proporcionando-me momentos ricos de aprendizados e de partilha dos nossos sonhos. Por ouvir com atenção meus questionamentos da relação teoria/prática, despertando-me uma visão crítica e reflexiva da realidade e uma postura voltada para uma práxis transformadora. Pela sua dedicação, competência e amizade em todas as fases da construção deste trabalho;*

*À Prof^a Dr^a **Neusa Collet**, por ser um exemplo de sensibilidade, competência e sabedoria no cuidar da criança hospitalizada e sua família. Por sua amizade e pelas valiosas contribuições e reflexões na elaboração deste trabalho;*

*À Prof^a Dr^a **Mériti de Souza**, pelo profissionalismo e delicadeza de suas sugestões, favorecendo o encaminhamento deste estudo;*

*À Prof^a Dr^a **Maria de Fátima Pereira Alberto**, pela sua simplicidade, sabedoria e pelas valiosas reflexões na condução dessa investigação;*

*À Prof^a Ms. **Teresa Neumann Alcoforado Costa**, por conduzir com entusiasmo e dedicação os meus primeiros passos no mundo acadêmico acerca da criança vitimizada por violência doméstica;*

*Ao Prof^o **César Cavalcanti**, por sua presença atenta, confiante e de luz, sempre disposto a nos ajudar;*

*À Prof^ª **Maria de Oliveira Ferreira Filha**, por iluminar o meu caminho no sentido da reaproximação com o mundo acadêmico;*

*Às Psicólogas **Soraia Patriota, Idalma Arroxelas e Joana D'arc Campos**, pelo apoio e incentivo profissional na realização do mestrado;*

*Aos **Psicólogos e colegas de trabalho** que torceram e me ajudaram, cada um na sua forma especial de ser, a concretizar este sonho;*

*À colega **Érika Aciole**, com quem venho trilhando, desde a Especialização e agora no Mestrado, momentos de troca e amizade;*

*Às colegas do Mestrado **Luciana, Aline Marcolino, Alynne Mendonça, Anna Luíza, Conceição, Gilvânia, Juliana, Karla e Márcia**, pelos momentos de descontração, solidariedade e companheirismo;*

*À **Edjane de Souza (Jane)**, por cuidar de mim na minha luta diária, bem como dos meus filhos nos momentos de minhas ausências e estudos, proporcionando-me a tranquilidade necessária para produzir este estudo.*

*Aos **Profissionais de Saúde**, participantes deste estudo, pela disponibilidade e confiança;*

*Aos **Professores do Mestrado**, pelos espaços de aprendizados e reflexões, ampliando o nosso horizonte acadêmico.*

*“Transformar o mundo de opressão infantil significaria
transformar as relações sociais adulto/criança”*

(Viviane Nogueira de Azevedo Guerra)

RESUMO

GARCIA, S. de O. **As necessidades de saúde na assistência à criança vitimizada por violência doméstica em João Pessoa no contexto do SUS.** 2007. pág 147. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde / Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Estudo de natureza qualitativa que visa compreender o significado que as necessidades de saúde representam para os processos de trabalho da equipe de saúde do hospital, cenário deste estudo depois do advento da nova política de saúde, traduzida nos ideários do SUS. O material empírico foi obtido por meio de entrevistas e analisado através da técnica de Análise do Discurso, proposta por Fiorin. Nesse processo, o plano de maior abrangência alcançado foi traduzido na categoria: *A dimensão dialógica da prática profissional como trabalho de saúde na assistência à criança vitimizada por violência doméstica* que sintetiza, em duas subcategorias, os limites e as possibilidades que se apresentam, na atualidade, para a superação paradigmática da assistência à criança vitimizada por violência doméstica: *As necessidades individuais/sociais das crianças;* e *Os desafios para a superação da assistência à saúde da criança vitimizada por violência doméstica..* Como fatores limitantes, verificamos que as necessidades de saúde mais compreendidas e identificadas pela equipe de saúde quando da assistência à criança vitimizada são as necessidades orgânicas, o que dificulta o trabalho transformador para uma aproximação com o princípio da integralidade. Outro fator que limita essa assistência, tematizado nos depoimentos foi a qualidade ineficaz da comunicação da equipe de saúde nos níveis intrainstitucional (integralidade focalizada) e interinstitucional no trabalho em rede (integralidade no plano macro). Entre as possibilidades de aproximação com a superação paradigmática, verificamos a importância da consciência crítica sobre a realidade e o reconhecimento do trabalho como categoria potente para as transformações, sobretudo, quando ele é acionado para realizar a satisfação de necessidades de saúde, além do reconhecimento da necessidade de um novo saber instrumental como orientador dos processos de trabalho, elemento essencial para a adequação do perfil profissional que o SUS requer e para uma aproximação com a transformação do modelo de assistência à saúde/saúde mental da criança vitimizada.

Palavras-chave: Violência contra a criança. Necessidades de saúde. Processo de trabalho em saúde coletiva.

ABSTRACT

GARCIA, S. de O. **Health needs assisting the child victimized by domestic violence on the SUS context in João Pessoa.** 2007. Page 147. Dissertation (Master's Degree). Healty Science Center / Paraíba Federal University, João Pessoa.

This is a qualitative study that aims to understand the meaning that health needs represent for working processes for the professional team from the hospital, where this study took place, after the arising of the new health politics focused by the ideas from the SUS. The empiric research was obtained trough interviews and was analyzed with the Discourse Analysis, proposed by Fiorin. During this process, a major plan was reached and translated by the category described as *the dialogic dimension at the professional practice as working on health assistance to child victimized by domestic violence*. This is a synthesis of two sub-categories, that limit the possibilities that are actually present and need to reach a paradigmatic overcome to assist children victimized by domestic violence: *The individual and social needs of children;* and *The challenges to overcome as a means to assist the child victimized by domestic violence*. As limits to the research, we verified that the health needs apprehended and identified by the health professional team, when assisting a victimized child, are primarily organic; this fact makes it difficult to approach and give an integral support as a principle. Another fact that limits the assistance, registered during the interviews was the poor quality and inefficiency of the communication amongst the health professional team on the intra intrainstitutional (focused integrality) and interinstitutional levels (integrality as a macro view). Amongst the approaching possibilities, with paradigmatic overcome, we noted the very high importance of a critical conscience about reality and recognizing of the work as a powerful category to transform, when acting to fulfill health needs. W also recognized the need of a new instrumental knowledge to guide the working process as an essential element to adequate professional profile that the SUS needs to approach, with transformation of the health and mental health assistance model to assist the victimized child.

Key words: Violence against child. Health needs. Working process in collective health.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	xii
CAPÍTULO I	
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 A problemática e o objeto de estudo	15
1.2 Objetivos	22
1.2.1 Geral	22
1.2.2 Específicos	22
CAPÍTULO II	
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 O contexto sócio-histórico da assistência à saúde no Brasil e seus reflexos na assistência hospitalar infantil em João Pessoa	24
2.2 Marco conceitual da violência doméstica contra a criança	37
2.3 Políticas de atenção à criança vitimizada	46
2.4 As necessidades de saúde no contexto da integralidade na atenção à criança vitimizada por violência doméstica	53
CAPÍTULO III	
3 METODOLOGIA	82
3.1 Considerações teórico-metodológicas	83
3.2 Cenário da Pesquisa	84
3.3 Os sujeitos da investigação	85
3.4 Aspectos éticos legais da pesquisa	86
3.5 A fonte do material de análise	86
3.6 Análise e discussão do material produzido.....	87
CAPÍTULO IV	
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	90
4.1 A dialogicidade entre as necessidades de saúde e o trabalho da prática profissional na assistência à criança vitimizada por violência doméstica	91
4.2 Necessidades individuais/sociais de saúde das crianças vitimizadas	95
4.3 Os desafios para superação da assistência à saúde da criança vitimizada por violência doméstica	110

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
	REFERÊNCIAS	128
	APÊNDICES	
	Apêndice A Termo de consentimento livre e esclarecido	140
	Apêndice B Roteiro de entrevista destinado aos profissionais da equipe de saúde	143
	ANEXOS	
	Anexo A Certidão do Comitê de Ética	146

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAPIA	–	Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência
AMIP	–	Assistência Médica Infantil da Paraíba Ltda.
CID	–	Classificação Internacional de Doenças
CONANDA	–	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CLT	–	Consolidação das Leis Trabalhistas
CTI	–	Centro de Tratamento Intensivo
DENERU	–	Departamento Nacional de Endemias Rurais
ECA	–	Estatuto da Criança e do Adolescente
IAPs	–	Institutos De Aposentadoria e Pensões
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	–	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	–	Instituto Nacional de Previdência Social
LDB	–	Lei de Diretrizes e Base
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
ONGs	–	Organizações Não-Governamentais
PACS	–	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	–	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PSF	–	Programa Saúde da Família
SAM	–	Serviço de Assistência a Menores
SAMDU	–	Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SBP	–	Sociedade Brasileira de Pediatria
SUCAM	–	Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UBS	–	Unidades Básicas de Saúde
UTQ	–	Unidade de Tratamento de Queimado

APRESENTAÇÃO

O universo infantil sempre me encantou. A aproximação com o trabalho com as crianças no campo profissional da Psicologia veio reafirmar a identificação pessoal e o meu desejo em ajudar as crianças. Na prática profissional, seja na comunidade ou no contexto hospitalar, constatei uma diversidade de situações familiares e sociais que expressavam a vulnerabilidade das crianças, especialmente das que eram vitimizadas por violência doméstica, chamando-me a atenção quanto a insuficiente consideração e investigação desse problema por ocasião da assistência hospitalar.

Durante os seis anos de atuação como Psicóloga em uma Unidade Básica de Serviço no Bairro de Mandacarú no Município de João Pessoa (1998 a 2004), lidei com situações pouco explícitas de violência intrafamiliar, comparadas com as que encontro atualmente no ambiente hospitalar, realizadas especialmente contra crianças, adolescentes e mulheres. Nessa atividade, constatei também as afirmações de Sanchez e Minayo (2004) sobre o sofrimento das crianças e dos adolescentes vitimizados e as conseqüentes repercussões sobre sua saúde por se encontrarem em processo de crescimento e desenvolvimento. A necessidade de melhor compreender o fenômeno da violência contra a criança motivou-me a realizar uma formação em Psicologia Clínica Infantil para subsidiar a minha prática.

O fenômeno da violência infantil tornou-se uma inquietação maior quando passei a atuar, em 2001, em um hospital público do Estado da Paraíba, que é indicado como referência no atendimento a crianças e adolescentes vitimizados por violência. Desde fevereiro de 2005 também tenho desenvolvido atividades profissionais em um Hospital Geral do Município de João Pessoa. No contexto hospitalar, os atendimentos que evidenciavam a suspeita ou confirmação de maus tratos infantil se intensificaram e se revelaram casos mais graves, constituindo uma problemática numa nova dimensão. Desde então, passei a me interessar de forma especial pelo assunto e a me envolver mais com os serviços relacionados à temática. Atualmente, atuo como membro do Comitê de Monitoramento na Assistência a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência e do Comitê de Monitoramento de Acidentes e Violências nas referidas instituições respectivamente, reafirmando o meu compromisso em contribuir com a assistência integral à saúde da criança vitimizada.

Dando seqüência à busca pelo aperfeiçoamento acadêmico e para o crescimento profissional, bem como, diante da minha identificação com a área da saúde pública, participei do Curso de Especialização em Saúde Coletiva com enfoque em Saúde da Família, promovido pelo Centro de Ciências da Saúde, UFPB, cuja monografia tem como título *Violência doméstica e as políticas de atenção à criança vitimizada: um estudo bibliográfico* (GARCIA, 2006). Nesse trabalho, busquei identificar as políticas de atenção que norteiam a prática do profissional de saúde nesse âmbito, considerando as esferas federal, estadual e municipal.

Com o meu ingresso no Mestrado no Programa de pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, iniciei a presente investigação que se constitui um sub-projeto do projeto: Limites e possibilidades de identificação e enfrentamento das necessidades de Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e de consolidação do SUS no município de João Pessoa – PB, de autoria da Prof^a Dr^a Ana Tereza de Medeiros Cavalcanti Silva, Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa Saúde e Sociedade, do qual faço parte.

Tendo em vista que a prática dos profissionais de saúde contribui diretamente para a implantação de ações definidas pelas Políticas Públicas da Saúde e que essas políticas refletem-se diretamente na organização do processo de trabalho e na construção de novos saberes e práticas de saúde que possam atender adequadamente as necessidades de saúde da criança vitimizada, busquei com este estudo uma compreensão mais aprofundada do fenômeno da violência doméstica praticada contra a criança, para um cuidar e uma prática profissional mais responsável, integral e humanizada.

“Superação é ter humildade para aprender com o passado, não se conformar com o presente e desafiar o futuro”.

HUGO BETHEM

1 INTRODUÇÃO

1.1 A problemática e o objeto de estudo

A violência é um fenômeno sócio-histórico que tem apresentado repercussão tanto na saúde coletiva quanto na saúde individual dos seres humanos. Por seu caráter complexo e multicausal torna-se difícil o aprofundamento de sua compreensão.

Na atualidade, a violência constitui uma categoria sociológica de análise porque se refere a um comportamento que causa danos e/ou constrangimentos a outra pessoa, negando-lhe o direito de exercer sua autonomia e/ou de manter a sua integridade física ou psicológica.

Para Chauí (2006a), a definição de violência pode variar de acordo com as diferentes culturas e sociedades. Na cultura brasileira, a violência é compreendida como violação da integridade física e psíquica do indivíduo, da sua dignidade humana. A autora faz referência às conseqüências físicas e psíquicas da violência ao caracterizá-la como:

Exercício da força física e do constrangimento psíquico para obrigar alguém a agir de modo contrário à sua natureza e ao seu ser ou contra sua própria vontade. Por meio da força e da coação psíquica, obriga-se alguém a fazer algo contrário a si, aos seus interesses e desejos, ao seu corpo e à sua consciência, causando-lhe danos profundos e irreparáveis, como a morte, a loucura, a auto-agressão ou a agressão aos outros (CHAUÍ, 2006a, p. 308).

Para a mesma autora, nossa cultura e sociedade definem o ser humano como sujeito do conhecimento e da ação, por sermos seres racionais com vontade livre e com capacidade de comunicação, de viver em sociedade e de interagir com a natureza e com o tempo. Todos esses atributos opõem-se à violência porque ela reduz o sujeito à condição de objeto. Uma das barreiras instituídas para impedir essa prática é a constituída pelo campo da Ética. Assim, os princípios éticos se oferecem como “expressão e garantia de nossa condição de seres humanos ou de sujeitos racionais e agentes livres, proibindo moralmente a violência, isto é, tudo o que nos transforme em coisa usada e manipulada por outros” (CHAUÍ, 2006a, p. 308).

Portanto, a violência é uma relação de força caracterizada em um pólo, pela dominação e, no outro, pela coisificação, pois a idéia de liberdade é incompatível com a noção de constrangimento, tema essencial da violência e que se apresenta em campos opostos ao das necessidades individuais e coletivas dos seres humanos.

O Ministério da Saúde define a violência como “ações realizadas por indivíduos,

grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros” (BRASIL, 2001b, p. 15). Na mesma linha de pensamento, o Relatório Mundial da Organização Mundial de Saúde – OMS – (2002), conceitua a violência como:

O uso da 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 qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p.5).

Nesse enfoque, o fenômeno da violência foi classificado em três tipos: violência dirigida contra si-mesmo (comportamentos suicidas e os auto-abusivos); violência interpessoal (classificadas em dois campos, o intrafamiliar e a comunitária); violência coletiva (corresponde aos atos violentos ocorridos nos âmbitos macro-sociais, políticos e econômicos) (OMS, 2002).

A violência intrafamiliar por representar um grave problema de saúde pública e constituir uma violação dos direitos humanos foi conceituada oficialmente no Brasil como:

[...] toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental ainda que sem laços de consangüinidade, e em relação de poder à outra (BRASIL, 2002a, p. 15).

A diferença entre a violência intrafamiliar e a violência doméstica é que, enquanto a primeira diz respeito à existência da violência apenas entre membros da família, independentemente do espaço físico onde ela ocorra, a violência doméstica envolve pessoas que convivem no ambiente doméstico não havendo necessariamente grau de parentesco entre elas (BRASIL, 2002 a).

A violência doméstica contra a criança, segundo Guerra (2001, p. 32-33):

[...] implica, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Como se observa nos textos supracitados, há duas definições que manifestam um mesmo sentido sobre a violência contra a criança e, na prática, torna-se ainda mais difícil estabelecer qualquer diferença, pois, em ambos os conceitos a violência contra a criança

ocorre no lar, na convivência familiar e envolve uma relação interpessoal, tendo como base a força e o poder para intimidação do adulto sobre a criança. Neste trabalho, optamos pelo termo violência doméstica para nos referir ao fenômeno ora estudado, uma vez que esta terminologia é mais abrangente, refletindo de maneira mais adequada o significado e o sentido da problemática abordada.

Ao analisar a violência sob a ótica da Saúde Pública, os estudos epidemiológicos que consideram os segmentos populacionais têm revelado que a violência contra a criança, adolescente, mulher e idoso não resulta necessariamente em óbito, mas repercute no perfil de morbidade devido ao seu impacto sobre a saúde desses grupos populacionais (BRASIL, 2001a).

Como a família pertence ao âmbito do domínio privado e a violência implica em uma transgressão do pacto social, que no mínimo infringe a ética, na maioria dos casos de violência contra a criança existe um silêncio velado sobre a agressão e sobre o agressor. Por isso, a violência doméstica constitui um processo de vitimização que pode durar anos até sua visibilidade. Portanto, quanto mais cedo e prolongado for esse problema na vida da criança, maior poderá ser o impacto sobre sua saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), no ano de 2000, a violência foi responsável pelo homicídio de 57 mil crianças com menos de 15 anos de idade, no mundo. As crianças ainda menores são as mais vulneráveis, pois as que se encontram na faixa-etária de 0 – 04 anos sofreram mais do dobro de homicídio em relação às crianças de 0 – 14 anos (5,2 por 100 mil, em comparação com 2,1 por 100 mil).

Nos Estados Unidos, anualmente, são registrados mais de 1,5 milhão de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes em mil óbitos. Na França, morrem em média 400 crianças por ano, vítimas dos próprios pais. Estima-se que, para cada 20 situações de violência, somente uma chega a ser registrada (ABRAPIA, 1997).

Estudos brasileiros vêm demonstrando que a violência doméstica neste país não difere da de países do Primeiro Mundo. Apesar das subnotificações das estatísticas brasileiras, de acordo com Minayo e Souza (1999), cerca de 80% das crianças vitimizadas são filhos biológicos dos agressores, o que amplia a dimensão do problema. Segundo o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), anualmente no Brasil 6,5 milhões de crianças sofrem algum tipo de violência doméstica, 18 mil são espancadas diariamente e 300 mil crianças e adolescentes são vítimas de incesto (CONANDA, 2000).

Pesquisa desenvolvida em Feira de Santana – BA, visando estimar a prevalência das formas de violência contra crianças e adolescentes registradas nos Conselhos Tutelares no período de 2003-2004, identificou 1.293 registros de violência, sendo 1.011 (78, 1%) originados no domicílio, tendo a negligência (727) como o tipo de violência mais freqüente (COSTA et al., 2007).

Esses dados informam a extensão do problema sobre a violência contra a criança e acentua a importância dos profissionais de saúde, envolvidos com esse tema, buscarem alargar os recursos teóricos e práticos que possibilitem maior eficácia no enfrentamento da violência doméstica contra a criança.

A assistência à criança vitimizada tem uma complexidade determinada desde os primeiros momentos da atividade profissional. A sua suspeita requer a confirmação da ocorrência da violência. Nesse sentido, a equipe de saúde precisa observar um quadro geral que envolve aspectos físico, sexual e emocional da possível vítima, dos familiares e das outras pessoas com quem ela convive no ambiente doméstico (BRASIL, 2002a).

Assim, quanto mais precoce for a intervenção profissional, menores poderão ser os danos para a saúde física e mental da criança, uma vez que a infância é um período em que se determinam as mais significativas inscrições na vida emocional do ser humano e a convivência familiar saudável, momento da existência dos seres humanos, é fundamental para o crescimento e desenvolvimento sadio da criança. Sobre isso, Bruschini (2000, p. 66) afirma que “a família é focalizada como núcleo de procriação, cuja função primordial é a formação da personalidade dos indivíduos e a socialização primária das crianças”.

Por tudo isso, a violência doméstica contra a criança se apresenta como um campo fértil de atuação para os profissionais da equipe de saúde empenhados em tornar concreto, no trabalho da prática profissional, o novo ideário da política nacional de saúde, sintetizada nos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. A nova perspectiva transformadora da assistência tradicional à saúde pressupõe, segundo Silva (2003), além da intenção da política, o gesto que se traduz um novo processo de trabalho.

Gonçalves (1992), um dos estudiosos na investigação do trabalho na área da saúde, explica o processo saúde-doença e as práticas de saúde na sociedade como processos dinâmicos e articulados à totalidade social. Nesse sentido, os processos de trabalho são organizados a partir de necessidades que, articuladas aos elementos do processo de trabalho (objeto, finalidade e instrumentos) apresentam potencial para produzir e favorecer o

reconhecimento da transformação do modelo hegemônico de assistência à saúde em um novo paradigma de assistência comprometido, sobretudo, com a produção da saúde e que considera o contexto no qual os seres humanos estão realizando a experiência de viver.

Nesse enfoque, entre as necessidades de saúde encontram-se, além das necessidades relacionadas à manutenção da vida biológica, as necessidades psicossociais indispensáveis à existência de relações humanas, ou da existência concreta, como a necessidade de liberdade, respeito, proteção, afeto, compreensão, identidade, etc. Para Mandu (1999, p. 57), as instituições públicas, como o Direito (através das normas) e os hospitais (através da assistência à saúde) traduzem algumas das necessidades individuais e coletivas que englobam necessidades físicas, psicológicas e sociais dos seres humanos em um determinado momento histórico. Em sua definição de necessidades humanas a autora se refere a uma visão de mundo e de ser humano que implica uma “dimensão política da vida”.

Portanto, ao recortar como objeto deste estudo as necessidades de saúde que orientam os processos de trabalho dos profissionais que assistem a criança vitimizada por violência doméstica, partimos do pressuposto de que o processo de trabalho está subordinado às visões de mundo que o orienta para atingir sua finalidade. Assim, o trabalho para realizar a política da assistência à criança vitimizada assume o estatuto de campo estratégico de mudanças, a partir da identificação das necessidades que informam seu sentido.

Na perspectiva das mudanças que a proposta do SUS enseja, as novas qualidades que as necessidades de saúde informam, confirmam ou negam a possibilidade de um processo de trabalho transformador da assistência à criança vitimizada por violência doméstica, em vigor, de modo que as necessidades de saúde da criança vítima de violência doméstica comunicam o sentido ideológico, conservador ou transformador que as mudanças podem imprimir ao trabalho da equipe de saúde. Ou seja, as necessidades de saúde qualificam o trabalho das práticas profissionais no sentido de superar ou legitimar *o status quo*, no cenário desta investigação.

Neste estudo, o Trabalho que se revela na assistência à saúde da criança, orientado por novas necessidades de saúde tem sua importância destacada, também, pela tendência mercantil das sociedades capitalistas, balizadas pela lógica do consumo de mercadorias, contexto no qual as necessidades lucrativas são produzidas e outras não lucrativas são ocultadas. Entre as últimas encontram-se as necessidades que envolvem certas situações-tabu, como as necessidades de saúde decorrentes do abuso sexual contra crianças, por parceiros, cônjuges, pai, parentes e as que dizem respeito a situações que requerem discussões mais

amplas sobre temas pouco refletidos pela sociedade como, loucura, sexo e drogas. Esses temas são evitados tanto no ambiente privado do lar, quanto no ambiente público como as escolas, o que favorece a invisibilidade das necessidades de saúde relativas a eles.

Diante do acima exposto, defendemos o argumento de que é preciso reconhecer as reais necessidades de saúde das crianças vitimizadas por violência doméstica, produzir novas necessidades, dar visibilidade àquelas que estão ocultas, para que o processo de trabalho nessa área de atuação possa efetivamente contribuir para o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e para a realização da prática profissional de caráter emancipatório.

Uma criança maltratada, ao chegar em um hospital com lesões graves, provavelmente já sofreu maus-tratos menos severos sem que as necessidades decorrentes desse fato fossem identificadas na comunidade e /ou por outros serviços (como escola, creche, ambulatorios, policlínicas), retardando o reconhecimento sobre a complexidade do problema. Além disso, a família/agressor pode procurar instituições de saúde diferentes, o que dificulta o diagnóstico da situação de maus-tratos. Identificar os casos de suspeita ou confirmar maus-tratos e proceder à notificação junto ao Conselho Tutelar são deveres do profissional de saúde, conforme preconizado no Artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente. A omissão dessa atividade constitui uma infração administrativa sujeita a multa de três a vinte salários mínimos de acordo com o seu Artigo 245 (BRASIL, 1995).

No plano da prática profissional, específica da equipe de saúde do hospital, a notificação de maus tratos à criança significa reconhecer uma das reais necessidades sociais da criança vitimizada, a necessidade de proteção contra seu agressor e determina um tipo específico de prática profissional que se realiza por meio do processo de trabalho em saúde. Nessa perspectiva, os elementos do processo de trabalho, o objeto, os instrumentos e a finalidade do trabalho de uma equipe de saúde não se restringem ao âmbito da dimensão biológica.

Todavia, ainda predomina, na atualidade, o modelo tradicional de assistência às crianças que chegam às instituições de saúde e são atendidas apenas em suas necessidades físicas manifestas. Com esse atendimento, os profissionais procuram em seus repertórios de competências, nas diversas especialidades, respostas de pronto atendimento no âmbito do enfoque técnico-biológico, processado no estilo fragmentado, fazendo parecer que as necessidades de saúde resumem-se às necessidades orgânicas. Essa compreensão restrita de necessidade de saúde e do processo saúde-doença orienta os processos de trabalho, caracterizando as práticas profissionais do modelo de assistência em saúde vigente que, a

despeito do advento do SUS, com novos pressupostos e diretrizes, mantém uma predominância da assistência clássica à saúde, que objetiva, apenas, o reparo de danos físicos.

Nesse contexto, o pressuposto deste estudo é o de que, se as necessidades de saúde se mantêm as mesmas do modelo tradicional de assistência à saúde, a mudança transformadora do modelo hegemônico, reivindicada no movimento pela democracia no país desde a década de 1970 e anunciada na Constituição Federal de 1988 como direito de cidadania, fica interdita. Conseqüentemente, a prática profissional, ao identificar sobretudo as necessidades biológicas, conserva os mesmos processos de trabalho e assim mantém a sua essência conservadora.

Uma das possibilidades para a conservação dessa realidade pode ser atribuída à falta de importância à dimensão política por ocasião das práticas profissionais, quando a competência crítica e reflexiva é pouco considerada, desfavorecendo o potencial emancipatório do trabalho em saúde. A isso podemos relacionar, ainda, o fato de serem as relações do mundo doméstico atribuídas ao universo privado e particular da vida doméstica, âmbito no qual a abordagem é difícil e o acesso tortuoso, e por isso solo fértil para a invisibilidade das necessidades aí produzidas, mesmo quando o interesse profissional pelo cuidado à saúde busca uma aproximação com os pressupostos do SUS.

A complexidade da problemática apresentada reafirma a necessidade da superação do modelo hegemônico de assistência à criança vítima de violência doméstica que, por ser fragmentário e reducionista, valoriza, sobretudo, o cliente em sua dimensão exclusivamente biológica, em detrimento de outras dimensões que envolvem os aspectos subjetivos, como as como as psicológicas, sociais, históricas, políticas e culturais. Desse modo, as necessidades psicossociais da criança vitimizada como segurança, proteção, vínculo, dentre outras, historicamente têm sido pouco consideradas e, muitas vezes, negligenciadas pelos profissionais de saúde, comprometendo a integralidade dessa assistência o que, conseqüentemente, dificulta a identificação das reais necessidades de saúde das crianças vitimizadas.

Considerando que a qualidade da assistência em saúde às crianças vitimizadas, que se realiza por meio do processo de trabalho, está diretamente relacionada à identificação de determinadas necessidades de saúde, a visibilidade sobre essa questão é um desafio para os diferentes campos do saber que fazem interseção com o universo da saúde da criança vitimizada por violência doméstica. Esta, por se constituir em um problema de natureza complexa e multifacetado, requer um conjunto integrado de ações interdisciplinares,

determinado por necessidades reconhecidas por diferentes profissionais, para orientar os seus processos de trabalho.

Essas reflexões motivaram a elaboração deste estudo, norteado pelas seguintes questões:

Quais as necessidades de saúde que os diferentes profissionais da equipe de saúde que assistem à criança vitimizada por violência doméstica manifestam como orientadora de suas práticas profissionais? Que desafios os discursos dos sujeitos da pesquisa apresentam para a efetivação de um processo de trabalho coerente com um dos pressupostos do Sistema Único de Saúde, a Integralidade da assistência à criança vitimizada por violência doméstica?

Tais questionamentos motivaram este estudo que tem como objetivos:

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

- Compreender o significado que as necessidades de saúde representam para a equipe de saúde em seus processos de trabalho no atendimento às crianças vitimizadas por violência doméstica a partir do advento da nova política de saúde traduzida nos ideários do SUS.

1.2.2 Específicos

- Verificar as necessidades de saúde que orientam os processos de trabalho dos profissionais de saúde que cuidam de crianças vitimizadas por violência doméstica;
- Analisar a tematização das necessidades de saúde da equipe de saúde na assistência à criança vitimizada por violência doméstica sob a ótica do princípio da integralidade da assistência pressuposta pelo SUS.

“De tudo ficaram três coisas: A certeza de que estaremos começando, a certeza de que é preciso continuar, e a certeza de que seremos interrompidos antes de terminar. Fazer da interrupção, um novo caminho, do medo, uma ponte, da procura, um encontro”.

Fernando Sabino

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O contexto sócio-histórico da assistência à saúde no Brasil e seus reflexos na assistência hospitalar infantil em João Pessoa.

A análise de uma realidade requer a identificação e a compreensão de seus determinantes históricos, partindo-se do pressuposto de que a sociedade é uma construção histórica. Nesse enfoque, o setor saúde que temos no município de João Pessoa sofreu as influências de toda a conjuntura político-econômica, social e histórica produzida no país ao longo dos tempos. Isto significa que o processo histórico de constituição da assistência de saúde não pode ser dissociado do contexto mais amplo que a determina. Nos diferentes países do mundo ocidental, esse contexto se caracteriza por seguir a ótica do desenvolvimento do capitalismo, obedecendo a suas determinações na esfera internacional.

Na sociedade brasileira, segundo Luz (1991), a saúde nunca ocupou lugar de destaque na política do Estado brasileiro e somente quando as epidemias ameaçaram o setor econômico do modelo capitalista é que se conseguiu certa atenção. Até o Primeiro Reinado, o Brasil não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem o governo colonizador manifestou qualquer interesse nesse sentido. Somente com a vinda da família real ao Brasil foi organizada uma estrutura sanitária mínima, para dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. De modo que até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas à delegação das atribuições sanitárias às Juntas Municipais e ao controle de navios e portos, tendência que perdurou por um século.

No século XIX, observa-se uma resistência na assistência médica a crianças no nível global. O primeiro hospital infantil do mundo foi inaugurado na Áustria em 1822. No Brasil, a primeira clínica infantil foi instalada em 1881, no Rio de Janeiro, bem como o curso pioneiro de Pediatria em 1882, ambos por iniciativa do médico Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo. Este referia como causa das moléstias infantis fatores de ordem climática, a ignorância da população com relação a cuidados de higiene, especialmente nos segmentos mais pobres da população, argumentando que o seu enfrentamento se daria com o incremento da higiene, da educação e do preparo dos médicos especialistas em crianças (CARNEIRO, 2000).

De acordo com Ribeiro (2006), dando seqüência às iniciativas do pai, o médico Moncorvo Filho destacou-se pela sua luta em prol da criação de instrumentos de assistência infantil e de uma legislação específica aos cuidados da criança, sendo enfático em seus

discursos acerca do descaso das autoridades no que diz respeito à infância no Brasil. Para o autor, observa-se no período da República Velha (1889 a 1930) a omissão do governo e do poder público com relação aos cuidados assistenciais à criança, sendo estas oriundas de iniciativas particulares, com características filantrópicas e assistenciais.

A partir de 1889, com o início da República, o país encaminhou a formação do Estado capitalista, quando se assegurou no plano político as condições formais de representação burguesa clássica, traduzida na adoção do voto direto pelo sufrágio universal. O contexto político desse momento histórico, até 1930, era controlado pelos grandes proprietários rurais (coronelismo) que exerciam, com mão de ferro, o poder e representavam os interesses capitalistas predominantemente agrários. Apenas a eleição do Presidente da República pelo voto direto, de quatro em quatro anos, produziu lutas efetivas em que se condensavam os conflitos no interior do sistema. Outra característica política desse período era o fato de os programas partidários nunca se configurarem numa perspectiva de âmbito nacional, pois as dezenove organizações partidárias que atuaram até o movimento de 1930 defendiam interesses regionais, embora pudessem compor, eventualmente, alianças que marcaram as práticas políticas até aquela década (GUIMARÃES, 1999).

Nessa conjuntura, a inexistência de uma política de saúde permitiu que as epidemias se avolumassem e quando elas começaram a ameaçar os interesses comerciais, medidas de saúde foram tomadas. Assim, no início do século XX, diversas doenças graves acometeram a população da cidade do Rio de Janeiro como a varíola, a malária, a febre amarela e, posteriormente, a peste, trazendo sérias conseqüências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores econômicos, como o comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função das condições sanitárias da cidade (MACHADO et al, 1978).

Diante dessa situação, o então presidente do Brasil, Rodrigues Alves, nomeou o médico sanitarista Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública para erradicar a epidemia de febre-amarela naquela cidade. O modelo de assistência à saúde que se instaurou ficou conhecido como *campanhista*. Foi considerado autoritário, pela falta de esclarecimento à população sobre a necessidade de vacinas e combate ao mosquito transmissor, motivando uma insatisfação na população e uma revolta popular. Contudo, esse modelo obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela na cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde pública

durante décadas (LUZ, 1991).

Hochman (1998) afirma que o movimento sanitarista ao identificar, elaborar e propagar a idéia de que as endemias rurais estavam muito perto dos principais centros urbanos redefiniu as fronteiras entre o mundo urbano e o rural, aproximando os sertões das grandes cidades brasileiras, contribuindo para as primeiras ações nacionais de saúde pública na década de 1920. Com relação ao período de 1910 a 1920, o autor acrescenta que:

[...] o Brasil era interpretado e divulgado como um país doente, isto é, caracterizava-se pela onipresença de doenças endêmicas, devido à ausência do poder público em grande parte do território nacional para impedir a ação das doenças que pegam. O movimento sanitarista saturou a sociedade brasileira com uma interpretação sobre o Brasil a partir de dois eixos complementares que o definiriam: "o hospital" e "os sertões". O hospital indicava a (oni)presença das endemias rurais e os sertões significavam o abandono e a ausência da autoridade pública. A população doente e esquecida desse imenso hospital chamado Brasil seria a grande vítima do *status quo* político e constitucional, quando havia conhecimento médico disponível para a prevenção e, às vezes, cura (HOCHMAN, 1998, p. 13).

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz que era, sobretudo, fiscalizador e policial. Criaram-se órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. Expandiram-se as atividades de saneamento para outros estados, além do Rio de Janeiro e criou-se a Escola de Enfermagem Anna Nery. A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial se destacaram como problemas individualizados.

Esse contexto do início do século XX coincide com a época em que a secular cidade da Paraíba tentava sair de seu estado provinciano para alcançar o status de uma cidade mais moderna (SÁ, 2003). Refletia-se nessa cidade do Nordeste brasileiro o movimento na área da saúde que, segundo Luz (1991), teve início nos grandes centros urbanos do País que tinha como pano de fundo, no âmbito da economia, a defesa do modelo agro-exportador ameaçado pelas epidemias de doenças infecto-contagiosas, causando prejuízos, tanto a exportação quanto ao desembarque de mercadorias e passageiros dos navios dos centros portuários da época, como a cidade do Rio de Janeiro.

Nessa conjuntura, foi fundado o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, pioneiro na área pediátrica na capital da Paraíba. Instituído em 01 de novembro de 1912, foi

instalado em caráter solene, no dia 07 de janeiro de 1913, em uma das dependências do Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Nesse período foram inaugurados seus Ambulatórios ou Policlínicas. Em 1920 foi criado um setor para Maternidade, que foi chamado de “Refúgio Maternal”, contendo 17 leitos e em 1927 foram inaugurados três blocos do novo edifício do referido Instituto, onde seria instalada a futura Maternidade São Vicente de Paulo (MENDONÇA, 2004).

Em 1924, o governo municipal fundou a Assistência Pública, de conformidade com o decreto de nº. 49, de 08/02/1923, caracterizando a Assistência Municipal que, além de contemplar a pediatria, atendia os casos de emergência, ginecologia e clínica médica. Em 1929, a instituição passou a funcionar como Hospital de Pronto Socorro Municipal. Depois do advento do Sistema Único de Saúde essa instituição passou a funcionar no Hospital Santa Isabel, atualmente sob a administração da Prefeitura da Capital (MENDONÇA, 2004).

Lembramos que nesse percurso histórico ocorreu a aprovação do Código de Menores, em 1927, período em que o Brasil Republicano deu continuidade à política de separar o enfoque assistencial no tocante à saúde da maternidade e da infância daquele outro considerado como do âmbito judicial, referente aos menores carentes e infratores (CARNEIRO, 2000).

A década de 1930 teve entre suas características a inclusão do modelo hospitalar de assistência médica, com a criação de sanatórios para tratamento de doenças. O modelo hegemônico de saúde vigente na época era o sanitarismo campanhista “que visava ao combate das doenças por meio de estruturas verticalizadas com a intervenção e a execução de suas atividades nas comunidades e cidades” (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001, p. 21). Esse modelo institucional caracterizou-se por ser unitário, centralizado, vertical, com enfoque no poder político, considerando-se a autoridade médica como a *autoridade da competência* (LUZ, 2000).

Nesse período, a representatividade dos partidos políticos do país obedecia a uma hierarquia coerente com o peso dos setores oligárquicos que os integrava. Entre 1922 e 1930, sucederam-se crises econômicas e políticas no país, decorrentes de fatores de ordem interna e externa, que resultaram na diminuição do poder das oligarquias agrárias. A crise internacional de 1929 prejudicou o setor agrário-exportador e colaborou para o deslocamento do poder e a conseqüente redefinição da organização do Estado brasileiro (ALBUQUERQUE, 1981).

Para o mesmo autor, a revolução de 1930, liderada por Getúlio Vargas, rompe

com a *política do café com leite*, entre São Paulo e Minas Gerais, que sucessivamente elegiam o Presidente da República. O movimento vitorioso objetivava expandir o sistema econômico para o que estabelece uma nova legislação que permite a mudança pretendida. Assim, instituiu-se o Ministério do Trabalho, o da Indústria e Comércio, o Ministério da Educação e Saúde, além das Juntas de Arbitramento Trabalhista. Em 1934, com a nova constituição, o Estado e o setor industrial através dele, instituiu uma política social de massas que na Constituição se configura no capítulo sobre a ordem econômica e social. A implantação do Estado Novo representava o acordo entre a grande propriedade agrária e a burguesia industrial historicamente frágil. Coube ao Estado Novo acentuar e dirigir o processo de expansão do capitalismo no campo, de maneira a impedir que nele ocorressem alterações radicais na estrutura da grande propriedade agrária.

Em 1937 foi promulgada a nova constituição que reforçou o centralismo e a autoridade presidencial, conhecido como o período da Ditadura Vargas. O trabalhismo oficial e as suas práticas foram reforçados a partir de 1940 com a imposição de um sindicato único e pela exigência do pagamento de uma contribuição sindical. Em 1939 regulamenta-se a justiça do trabalho e em 1943 é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (VIANNA, 1976).

Luz (1991; 2000) assinala que nas décadas de 1930 e 1940, correspondentes à Segunda República, as mudanças nas políticas sociais foram importantes para a área de saúde. A instituição da previdência social como função do Estado, a implantação de ministérios e legislação ligados à política social e à saúde, além da criação de serviços hospitalares municipais nos grandes centros urbanos, beneficiando trabalhadores sem instituto, desempregados ou indigentes (pessoas sem recursos para tratamento de saúde). No entanto, chamamos atenção para o fato de que o aparelho de segurança do estado baseava-se no clientelismo, assim como as instituições e a legislação estavam direcionadas para a previdência e a saúde de categorias específicas de trabalhadores, tendo, portanto, um caráter corporativo.

Nessa época, observou-se também uma valorização no tocante à política de assistência à infância: a mudança da Inspeção de Higiene Infantil, instituída em 1923, para Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, que, em 1937, foi promovida a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância e, em 1940, para Departamento Nacional da Criança vinculado ao Ministério da Educação e da Saúde Pública (CARNEIRO, 2000). Esse

Departamento possuía atuação voltada ao campo médico e higiênico e programas sobre vacinações, pesquisas médicas, campanhas contra a desnutrição, cursos de Pericultura a auxílios técnicos a hospitais, maternidades e instituições médico-assistenciais ligadas à infância, que traduzia, no Estado da Paraíba, o modelo camanhista defendido nos grandes centros urbanos. Ainda segundo o autor supra citado, em 1941, foi inaugurado o Serviço de Assistência a Menores (SAM), vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, destinado ao atendimento de menores de 18 anos, abandonados e delinquentes.

Paralelamente, na região centro-sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte), o setor industrial foi incrementado, reforçando ainda mais a importância econômica e financeira dessa área na dinâmica das transformações da infra-estrutura nacional, fato que agravou os desequilíbrios regionais, em detrimento das regiões norte e nordeste, onde ocorreu um grande êxodo rural e a conseqüente proliferação das favelas nas cidades. Contraditoriamente, essa massa assalariada urbana do país passou a se constituir no ponto de sustentação política do novo governo de Getúlio Vargas, através de um regime corporativista (VIANNA, 1976).

No contexto do populismo getulista, o Estado pretendia, por meio das políticas públicas, estender os benefícios da previdência ao operariado urbano organizado. Para tanto, substituiu as antigas CAP's pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), nos quais os trabalhadores eram organizados por categoria profissional e não por empresa. Em 1933, foi criado o primeiro IAP: o dos Marítimos (IAPM). Os institutos, além de servir como importante mecanismo de controle social, tinham, até fins da década de 1950, um papel fundamental no desenvolvimento econômico deste período, por servir de instrumento de captação de poupança forçada, em virtude de seu regime de capitalização (COSTA, 1998).

A partir da criação dos IAPs, o Governo Federal centralizou as ações de saúde, manifestando seu interesse em criar um sistema de seguro social que garantisse a força de trabalho. Segundo Oliveira e Teixeira (1985), essa iniciativa não significava uma preocupação com o trabalhador enquanto ser humano, mas porque o mesmo era a mola propulsora da produção agroindustrial, uma vez que era detentor da capacidade produtiva. O Estado populista passou a cooptar mais categorias de trabalhadores, não se preocupando, sequer minimamente, com os problemas estruturais da vida dos mesmos. Nesse contexto, foi criada a legislação trabalhista, a montagem do sistema previdenciário e a regulação das relações sindicais.

À medida que este sistema crescia, tornava-se cada vez mais centralizado no Estado e ficava mais clara a dicotomia entre as ações de saúde pública e assistência médica. Este modelo centrado nos Institutos (IAPs), que predominou até meados de 1969, vai fortalecer o hospitalocentrismo. O primeiro passo nesse sentido foi a unificação de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões, em uma única instituição estatal, constituindo o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Com ele consolidou-se o modelo brasileiro de seguro social e de prestação de serviços médicos, não para atender o direito à assistência à saúde do cidadão, mas como modo de exclusão de quem não era trabalhador com carteira assinada, portanto não-contribuinte da previdência (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). Nesse enfoque, a lógica era centrada na idéia de resgate da força de trabalho interrompida pelo adoecimento, para o que o hospital atenderia adequadamente, fortalecendo o hospitalocentrismo.

No Estado Novo, o governo investiu muito pouco na saúde pública. Em 1930, foi criado o **Ministério da Educação e Saúde Pública**, com desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública (vinculado ao Ministério da Justiça), e a pulverização de ações de saúde a outros setores, tais como: fiscalização de produtos de origem animal que passa para o Ministério da Agricultura (1934); higiene e segurança do trabalho (1942) que ficou vinculada ao Ministério do Trabalho. Em 1941, instituiu-se a reforma Barros Barreto, que dentre outras ações incluiu a instituição de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar. Em 1953 foi criado o **Ministério da Saúde**, um desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação sem que isto significasse uma nova postura do governo e uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência (COSTA, 1998).

Contudo, até o final dos anos 1950, a assistência médica previdenciária não era importante. Os técnicos do setor a consideram secundária no sistema previdenciário brasileiro, e os segurados não faziam dela parte importante de suas reivindicações. Em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) mantido por todos os institutos e as caixas ainda remanescentes.

Nesse período, com o crescimento do desenvolvimento industrial, aceleração da urbanização e o assalariamento de parcelas crescente da população, ocorre uma maior reivindicação pela assistência médica via Institutos, e amplia-se o complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam a contratação de serviços de terceiros. Desse modo, enquanto em 1949 as despesas com assistência médica

representaram apenas 7,3% do total geral das despesas da previdência social, em 1960 elas alcançam 19,3%, e em 1966 atingem 24,7% do total geral das despesas, confirmando a importância crescente da assistência médica previdenciária (NICZ, 1988).

Diante desse cenário, observa-se que, até a década de 1950, período de democratização pós-guerra e de crescimento econômico do país, houve uma diversificação e burocratização no âmbito das políticas públicas, mas não desconcentração ou descentralização de ações ou funções, permanecendo como características básicas a centralização institucional e a concentração do poder da Primeira República (LUZ, 2000). Com relação a esse período, a autora acrescenta que:

[...] embora continuasse a vigor o modelo de centralização e concentração nas políticas sociais, começava a haver, por parte dos agentes institucionais e da sociedade civil organizada (sindicatos, associações profissionais), uma proposta de descentralização e de participação civil (portanto de desconcentração) na organização das políticas de saúde (LUZ, 2000, p.301).

No tocante à luta contra a mortalidade infantil, segundo Carneiro (2000), as décadas de 1940 e 1950 foram marcadas pela discussão de duas correntes de pensamento presentes na Pediatria brasileira: a ideologia médica que relacionava a mortalidade infantil ao enfoque da genética, defendendo a preparação de médicos especializados, a construção de hospitais infantis e de postos de Puericultura. A outra ideologia, a sociológica, visualizava os fatores socioeconômicos como determinantes da alta mortalidade infantil. O autor acrescenta que, na década de 1960, desencadeou-se uma intensa propaganda antinatalista visando evitar a explosão demográfica, principalmente em populações pobres, mas que o efeito dessa campanha favoreceu o “agravamento da pobreza e o aumento das crianças carentes e abandonadas” (CARNEIRO, 2000, p.289). Observa-se, assim, o despertar para a concepção ampliada do processo saúde-doença, ao se considerar outras dimensões como determinantes e condicionantes desse processo, opondo-se à visão restrita da biomedicina que privilegia os aspectos fisiopatológicos.

Diante dessas características, segundo as afirmações de Luz (2000), a grande marca significativa no setor saúde no Brasil, tanto do final do século XIX, época da República Velha, como no início do século XX, foi a idéia do progresso relacionado à autoridade da ciência e da tecnologia, referindo-se ao autoritarismo do Estado e ao pouco caso com a saúde da população.

Foi nesse contexto nacional que, em 19 de setembro de 1945, em João Pessoa, foi

fundado o Hospital para Crianças Tuberculosas Arlinda Marques dos Réis, constituindo-se uma realização da Legião Brasileira de Assistência como forma de suprir a carência na assistência hospitalar infantil da região naquela época. Após crescimento expressivo, a instituição transformou-se no atual Complexo de Pediatria Arlinda Marques (MENDONÇA, 2004).

Ainda na década de 1940, a população infantil do Brasil recebe uma atenção especial, em 1943, com o lançamento da Campanha de Redenção da Criança, visando à consciência sobre a mortalidade infantil, para cujo combate propunha-se a construção de uma rede de postos de Puericultura para a redução desse indicador de saúde. Como consequência desse movimento nacional, a capital paraibana teve no Centro de Puericultura de Cruz das Armas o primeiro Banco de Leite Humano no Nordeste e o primeiro Centro de Hidratação da Paraíba (CARNEIRO, 2000).

Em 1958, foi inaugurada a primeira instituição hospitalar infantil da rede privada de João Pessoa, o Hospital Santa Paula Ltda, funcionando, pouco tempo depois, como hospital geral para adultos, adolescentes e crianças. Atualmente o hospital mantém convênio com o SUS e dispõe dentre as suas especialidades clínicas, de uma urgência pediátrica e uma UTI Pediátrica (MENDONÇA, 2004).

No âmbito nacional, o processo de unificação da Previdência previsto em 1960 se realizou em 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, reunindo os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência – SAMDU, e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. O INPS, produto da fusão dos IAP's, sofreu influência dos técnicos oriundos do maior deles, o IAPI, de tendência privatizante, criando as condições institucionais necessárias ao desenvolvimento do “complexo médico-industrial”, característica marcante deste período que significou o repasse do dinheiro público para as empresas privadas do setor saúde (NICZ, 1988).

O autor acrescenta que a criação do INPS propiciou a unificação dos diferentes benefícios ao nível do IAP's. Na medida em que todo trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema, foi grande o volume de recursos financeiros capitalizados. O fato do aumento da base de contribuição, aliado ao crescimento econômico da década de 1970 (o chamado “milagre econômico”), do pequeno percentual de aposentadorias e pensões em relação ao total de contribuintes, fez com que o sistema acumulasse um grande volume de recursos financeiros. Ao unificar o sistema

previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões. Um dos quais era a da assistência médica, que já era oferecido pelos vários IAPs, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios.

No entanto, com o grande aumento do número de contribuintes e de beneficiários, era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população. Diante deste fato, o governo militar tinha que decidir onde alocar os recursos públicos para atender à necessidade de ampliação do sistema, tendo ao final optado por direcioná-los para a iniciativa privada, com o objetivo de cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia. Desse modo, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos permitindo que tais grupos se capitalizassem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial. Esse sistema tomou tal vulto dentro da estrutura do INPS, que necessitou de uma estrutura administrativa própria, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) instituído em 1978 (LEITE, 1981).

Ainda no período da ditadura militar houve a Promulgação do Decreto Lei 200 (1967), estabelecendo as seguintes competências para o Ministério da Saúde: formulação e coordenação da política nacional de saúde; responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral; controle de drogas e medicamentos e alimentos; pesquisas médico-sanitárias. Em 1970 criou-se a SUCAM (Superintendência de Campanhas da Saúde Pública) com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o Departamento Nacional de Endemias Rurais – DENERU –, e a campanha de erradicação da malária.

Nesse período, de acordo com Carneiro (2000, p. 294), houve uma “ênfase decrescente na assistência à infância”, mediante o desprestígio e o enfraquecimento gradativo do Departamento Nacional da Criança que, em 1966 foi rebaixado para Coordenação de Proteção Materno-Infantil e, em seguida, para Divisão Nacional de Proteção Materno-Infantil.

Nesse contexto histórico foram inaugurados três importantes hospitais na assistência à criança em João Pessoa: No dia 04 de janeiro de 1963, o Pronto Socorro Infantil Rodrigues de Aguiar, instituição hospitalar pública que atualmente funciona também como Policlínica no atendimento de crianças e adultos nas especialidades de nutrição, psicologia, fisioterapia e exames complementares. No dia 16 de janeiro de 1965, a instituição conhecida

como Banco de Leite Humano foi denominada para Hospital Infantil Dr. João Soares, de natureza filantrópica, atendendo atualmente exclusivamente crianças de 0 a 12 anos, no ambulatório e em internamento hospitalar (MENDONÇA, 2004). No dia 28 de outubro de 1968, o hospital infantil do município da rede privada, recebendo o nome de Assistência Médica Infantil da Paraíba Ltda – AMIP. Este foi o segundo hospital a instalar um Centro de Tratamento Intensivo (CTI) no Estado da Paraíba e o primeiro na especialidade de pediatria. Em 1995, a AMIP suspendeu o atendimento aos pacientes conveniados com o SUS, reduzindo o número de leitos (MENDONÇA, 2004).

A década de 1960 correspondeu à ampliação dos hospitais públicos brasileiros, com uma visão de saúde hospitalocêntrica, baseada no modelo de saúde americano, de modo a fortalecer a indústria de medicamentos e de equipamentos hospitalares. Houve também a transição do sanitarismo campanhista, que já não atendia às necessidades de uma economia industrializada, para o modelo médico assistencial-privatista. Além disso, em 1967 foi criado o INPS, de modo a uniformizar benefícios bastante diferenciados entre as corporações (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001). Nesse sentido, as autoras acrescentam:

Ao mesmo tempo em que se ampliava a cobertura, desnudava-se o caráter discriminatório da política de saúde, pois eram cada vez mais nítidas as desigualdades quanto ao acesso, à qualidade e à quantidade de serviços destinados às populações urbanas e rurais e entre as diferentes clientela dentro de cada uma delas. Surgiram também diferentes formas de contratação do setor privado (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001, p.24-25).

Em 1975 foi instituído o **Sistema Nacional de Saúde**, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O documento reconhece a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde. No entanto, o Governo Federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, que dessa forma foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, o que significou na prática uma clara opção pela medicina curativa, que era mais cara e que, no entanto, contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS. Desse modo, o Ministério da Saúde tornou-se muito mais um órgão burocrato-normativo do que um órgão executivo de política de saúde (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Tendo como referência as recomendações internacionais e a necessidade de

expandir cobertura, em 1976 inicia-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Concebido na Secretaria de Planejamento da Presidência da República, o PIASS se configurou como o primeiro programa de medicina simplificada do nível Federal e permitiu a entrada de técnicos provenientes do movimento sanitário, no interior do aparelho de estado. O programa é estendido a todo o território nacional, o que resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública e uma possibilidade de incorporação de uma nova visão de mundo no que se refere à saúde das populações.

O modelo econômico implantado pela ditadura militar foi contaminado pela crise do capitalismo internacional e o país diminuiu o ritmo de crescimento que em períodos áureos chegou a 10% do PIB, tornando o crescimento econômico não mais sustentável. A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves conseqüências sociais, como o aumento da marginalidade, das favelas, da mortalidade infantil. O modelo de saúde previdenciário começa a ruir, sobretudo por ter priorizado a medicina curativa, modelo incompetente para solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e alterar os indicadores de saúde, além da incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados que, sem carteira assinada nem contribuição previdenciária, ficava excluída do sistema, que apresentava também desvios de verbas (CAMPOS, 1994).

Em resumo, a época que correspondeu ao início do período dos vinte anos de ditadura militar (1964-1984) foi marcada pela centralização e concentração do poder institucional, no qual se excluía a participação da sociedade civil das decisões e controle sobre qualquer política pública, bem como pelo repasse do dinheiro público para o setor privado de indústria médico-hospitalar.

O modelo de descentralização foi resgatado, em termos da sociedade política, no início da década de 1980, devido à crise das políticas sociais do Estado autoritário, especialmente das áreas de saúde e previdência social. Ainda nesse período houve uma progressiva movimentação social com relação às políticas públicas, especialmente na área de saúde, que passou a ser considerada como direito de cidadania pela sociedade civil organizada (associações, organizações civis, sindicatos, partidos) (LUZ, 1991; 2000).

Assim foi se instituindo a luta pela Reforma Sanitária dos profissionais de saúde, como resultado dos movimentos populares e sindicais organizados, na área de saúde, culminando com a aprovação do SUS, em 1990 que, na atualidade, a sociedade e o Estado

lutam para realizá-la na prática. A Constituição de 1988 incorporou conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde, dentre os quais a criação de um Sistema Único de Saúde – SUS –, que representa um avanço significativo no sistema de saúde reconhecido internacionalmente como referência no tocante à política de saúde e à base jurídico-constitucional (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001).

Podemos considerar esse avanço no movimento social e nas políticas públicas de saúde do país também como reflexo da primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde ocorrida em Alma-Ata, capital do Kazaquistão, em setembro de 1978, organizada pela OMS e UNICEF. Esse evento culminou na adoção de uma Declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito fundamental do ser humano e uma das mais importantes metas sociais mundiais, configurando-se como um marco histórico e representando o ponto de partida para outras iniciativas (MENDES, 2004).

No entanto, no início da década de 1990, a conjuntura econômico-política do Brasil passou a ser caracterizada pela fragilização do papel do Estado, criando-se um sistema privado forte, com a expansão médica supletiva (privada) à custa da perda de qualidade do setor público, acentuando a universalização excludente (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001).

O final dos anos 1980 e início dos anos 1990 também foi marcado por mudanças políticas em vários municípios com “experiências que buscavam introduzir alterações na organização dos serviços de saúde e nas relações entre a oferta, a demanda e as necessidades de saúde da população [...]” (TEIXEIRA, 2003, p. 259).

Paralelamente a essa trajetória política nacional, em João Pessoa, o Hospital Universitário Lauro Wanderley teve sua construção iniciada ainda em 1968, mas só foi efetivamente inaugurado em fevereiro de 1980. Trata-se de uma instituição Pública, com finalidade assistencial e de apoio ao ensino, pesquisa e extensão. O hospital dispõe atualmente, dentre várias especialidades, de UTI Pediátrica, UTI Neonatal e de Clínica Pediátrica (MENDONÇA, 2004).

A década de 1990 correspondeu ao período neoliberalismo com a eleição do Presidente Fernando Collor de Mello. Foi nesse cenário econômico-político no âmbito nacional que, em 20 de fevereiro de 1999, foi inaugurado, na capital Paraibana, o Hospital Unimed. Este pertence a uma cooperativa médica, contemplando além do atendimento médico de urgência à criança, uma UTI Pediátrica e apartamentos para internação. No entanto, este

hospital não é credenciado ao SUS, limitando-se ao atendimento particular ou de alguns planos de saúde (MENDONÇA, 2004).

O Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena é o mais recente hospital da rede pública de saúde desta capital, inaugurado no dia 20 de julho de 2001. Trata-se de uma instituição hospitalar que é referência em Urgência e Emergência, no Estado, sendo considerado por Mendonça (2004, p.230), como “o melhor hospital no gênero no Nordeste brasileiro”.

Como podemos observar, a despeito dos inegáveis avanços na rede hospitalar infantil na capital paraibana, fica evidente a hegemonia do modelo assistencial, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de uma boa qualidade, o que fundamenta a necessidade do novo modelo que o SUS requer.

Assim, a implantação do SUS no final da Nova República, mais especificamente através da NOB/SUS – 01/93, traz como uma de suas propostas deslocar o eixo desse modelo para “a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema” (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001, p.43).

Destacamos ainda a importância dos hospitais, quer sejam da rede pública, privada ou filantrópica, bem como dos serviços de atenção primária, terem seus profissionais de saúde capacitados e sensibilizados para a identificação e encaminhamento adequados das crianças vitimizadas por violência doméstica. Razão pela qual se espera que essa pesquisa venha a contribuir com a elevação da qualidade da assistência integral da saúde da criança, tanto no interior do hospital como nos demais serviços da rede de atenção à saúde.

2.2 Marco conceitual da violência doméstica contra a criança

A vida social tem sido o espaço para o surgimento e desenvolvimento da violência, constituindo-se um problema da teoria social, da prática política e relacional da humanidade. Trata-se de um fenômeno biopsicossocial, complexo e dinâmico, que tem em sua gênese problemas de natureza individual e de áreas diversas como a da política, a da economia, a da moral, a do direito, a da psicologia, a das relações humanas e institucionais (MINAYO, 1994).

Ela não é em si uma questão de saúde pública, mas se transformou em um problema da área, na medida em que provoca repercussão significativa na saúde individual e coletiva, necessitando para a sua prevenção e tratamento da elaboração de políticas públicas e da organização de práticas e de serviços específicos ao setor (MINAYO, 2005).

As definições de violência variam de acordo com diversos fatores, tais como as visões culturais de mundo e dos modelos explicativos na compreensão desse fenômeno, relacionados com os direitos e o cumprimento de regras sociais vigentes de cada região, sendo, portanto, de difícil definição. Historicamente, seu conceito vem sendo ampliado, devido a uma conscientização da população acerca dos direitos dos cidadãos e dos efeitos que a violência ocasiona ao desenvolvimento físico, emocional e social dos sujeitos envolvidos.

Etimologicamente, o termo violência deriva do latim *violentia* e quer dizer força. Para Chauí (2006b, p.341-342), a palavra violência possui cinco significados distintos:

- 1) tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser; 2) todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar); 3) todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade (é violar); 4) todo ato de transgressão contra aquelas coisas e ações que alguém ou uma sociedade define como justas e como um direito; 5) conseqüentemente, violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror.

De acordo com a autora, a violência está relacionada à noção de constrangimento e ao uso da superioridade física sobre o outro, a conflitos de classes e de autoridade nas lutas pelo poder. Considera a violência resultado de uma relação de desigualdade, possibilitada pela maneira como a hegemonia considera a diferença, ao permitir a expressão da força de dominação, opressão e exploração. Assim, a violência se revela como uma ação que reifica o ser humano, uma vez que o impede de ser sujeito na relação com o mundo.

A palavra violência também pode estar vinculada à noção de ato moralmente reprovável, tendo, portanto, uma conotação negativa. No entanto, não se pode generalizar o fato de que todo ato violento seja moralmente reprovável, a exemplo da violência por legítima defesa. Assim, para que um ato seja caracterizado como violento pelo menos as seguintes condições devem ser consideradas: causar um dano a terceiros; usar a força (física ou psíquica); ser intencional; e ir contra a livre e espontânea vontade de quem é objeto do dano (MORI, 1994 apud FERREIRA; SCHRAMM, 2000).

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência é responsável anualmente pela morte direta de mais de um milhão de pessoas e de muitas outras por lesões não fatais (OMS, 2002).

No Brasil, desde a década de 1970, a violência é considerada uma das principais causas de morbimortalidade (BRITO et al. 2005). Segundo o Ministério da Saúde, as violências e os acidentes, juntos, representam a segunda causa de óbitos no quadro da mortalidade geral brasileira (BRASIL, 2001a).

A violência contra crianças no Brasil se apresenta de forma individual ou coletiva, interpessoal ou por intermédio das estruturas sociais (BRASIL, 2005) e é considerada como a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir dos cinco anos de idade (SBP, 2001). O ambiente doméstico corresponde ao local onde mais ocorre esse agravo na infância, enquanto na adolescência predomina o espaço extra-domiciliar (BRASIL, 2001a). De acordo com Minayo (1994), apesar da falta de integração e escassez de dados, as várias modalidades de violência ocorridas no ambiente familiar podem ser responsáveis por grande parte dos atos violentos que compõem o índice de morbimortalidade.

Apesar das subnotificações das estatísticas brasileiras, estima-se que a cada minuto uma criança é vítima de violência doméstica no Brasil (ABRAPIA, 1997) – Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência. Essa instituição, ao analisar os 1169 atendimentos no SOS Criança da ABRAPIA, entre janeiro de 1998 a junho de 1999 identificou que em 65% dos casos ocorreu violência física, seguida de violência Psicologia (51%), negligência (49%) e Abuso Sexual (13%). Observou-se, ainda, que da totalidade dos casos 93,5% tiveram como agressores parentes, sendo mais frequentes a mãe (52%), seguido dos pais (27%). As faixas etárias das crianças mais atingidas pela violência foram, de 4 a 7 anos (29%) e 8 a 11 (24%), não havendo estatísticas diferenciando quanto ao sexo. Com relação ao abuso sexual, houve incidência maior na faixa etária de 2 a 5 anos (49%), seguida de 6 a 10 anos (33%), sendo 80% das vítimas, crianças do sexo feminino. Quanto ao agressor em 90% dos casos era do sexo masculino (ABRAPIA, 2006).

A violência intrafamiliar no Brasil é considerada um tipo de violação dos direitos humanos e vem se apresentando como um grave problema na área da saúde pública, por seu impacto na saúde física e mental, além de prejudicar o desenvolvimento pessoal e social do indivíduo, de sua família e da sociedade, tendo como pano de fundo as estruturas culturais, sociais, econômicas e políticas.

O fenômeno da violência na vida da criança está presente na história do mundo, desde os acontecimentos mais primitivos que se tem registro, manifestando-se em diferentes modalidades, em culturas distintas (ALGERI, 2001). Nos séculos passados, a infância era considerada como uma fase efêmera e sem valor (ARIÈS, 1978). A sociedade divulgava a idéia de uma visão da população infanto-juvenil com um caráter caritativo. Assim, na primeira metade do século XIX, surgiram os reformatórios sociais, em sua maioria de orientação religiosa, de modo que os reformatórios juvenis e orfanatos foram instituídos, não como uma forma de atenção ao problema do abuso de crianças e adolescentes, mas destinados a corrigir o problema dos “menores” abandonados, indigentes e delinqüentes (FERRARI, 2002).

Ao longo do processo histórico, as modificações dos contextos sociais permitiram alterações no modo de considerar as crianças. A partir da Revolução Industrial e da consolidação do capitalismo como modo de vida social, a criança passou a ser vista não numa perspectiva de necessidades de cuidado, mas com um potencial de mão-de-obra futura (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

Nessa visão de mundo, sobretudo capitalista, parece inexistir uma defesa da criança pelo seu valor humano, mas sim enquanto fonte de lucro do capital, situação que tem se agravado com o aprofundamento do capitalismo dos dias atuais. Essa posição é observada nas afirmações de Carneiro (2000), ao resgatar a história da Pediatria no Brasil, quando cita parte do artigo publicado em 26 de março de 1938 na rede de jornais Diários e Emissoras Associados, por Assis Chateaubriand denunciando os altos índices de mortalidade infantil da época e lançando a idéia de “uma obra de redenção da criança” com destaque para o potencial de lucro que as crianças podem representar:

Em pleno Século XX, compreendeu-se que o homem tem mais valor do que o capital ou, mais propriamente, que o homem sadio é o melhor capital. Combatendo, portanto, a mortalidade infantil, cuidar-se-á da mais preciosa economia nacional (CARNEIRO, 2000, p. 225).

Até o final da década de 1950, a definição e a intervenção no abuso/abandono infantil continuaram ligadas ao campo legal e aos serviços sociais, não havendo uma autêntica consciência pública do problema (FERRARI, 2002).

A temática da violência infantil ganhou maior visibilidade na esfera da atenção médica em 1961, quando os médicos americanos Silvermam e Kempe reconheceram a

síndrome da criança espancada baseados em achados radiológicos de múltiplas fraturas ósseas e na década de 1970, quando o movimento feminista influenciou a repulsa social da violência sexual nos EUA. Esses acontecimentos se deram paralelamente às contribuições da psicologia e da psicanálise no que diz respeito à relação existente entre os problemas enfrentados na vida adulta e os sofrimentos da infância refletindo no reconhecimento por parte da sociedade sobre a violência contra a criança (ASSIS, 1999).

Mesmo que se aceite a violência como uma ação e conceito que são produzidos socialmente, como defende Minayo (1994) ao afirmar que, embora a violência não faça parte da natureza humana nem possua fundamentos biológicos, ela tende a produzir seqüelas orgânicas e emocionais na saúde da criança que poderão repercutir na sua vida quando adulto.

Um estudo revelou que as conseqüências da violência familiar para a criança podem ser tanto imediatas, quanto a médio e longo prazo e que a sua intensidade depende de diversos fatores, entre os quais: o desenvolvimento psicológico e a capacidade intelectual da criança; o vínculo afetivo entre o agressor e a vítima; a representação do abuso para a criança e a duração do mesmo; a natureza da agressão; e as medidas em curso para a prevenção de abusos futuros (REICHENHEIM; HASSELMANN; MORAES, 1999). Desse modo, a construção da identidade infantil também necessita de uma figura afetiva estável, caso contrário, quando o ambiente familiar da criança não lhe proporcionar continência e proteção, seu processo de identificação será conturbado (FERRARI, 2002).

Devido ao seu caráter complexo e multicausal, a violência doméstica ainda representa um desafio para o setor saúde. Entre as dificuldades para superar tal desafio encontram-se os obstáculos para o seu diagnóstico, tais como os fatores de ordem cultural, a falta de orientação dos usuários e dos profissionais de saúde, fazendo parecer que ambos os grupos de sujeitos envolvidos têm receio em lidar com os desdobramentos do fenômeno (BRASIL, 2001a).

Essas dificuldades precisam ser enfrentadas, pois, em se tratando dos agravos físicos, a maioria dos casos resulta em lesões leves, desvalorizadas na sua importância como decorrentes da violência pelos profissionais de saúde. Estudo realizado por Moura e Reichenheim (2005), em um serviço público do Rio de Janeiro, revela as oportunidades perdidas de detecção dos casos de violência familiar contra a criança e reflete sobre a necessidade de rever a abordagem nos atendimentos dessa natureza em serviços de saúde. Portanto, o enfrentamento desse problema requer uma abordagem ampla e integrada, de modo que os profissionais de saúde atendam às necessidades ampliadas de saúde dessas crianças,

incluindo suas necessidades de saúde mental, pois, conforme afirma Oliveira (2004), o compromisso do profissional de saúde vai além dos cuidados às lesões e traumas provenientes dos abusos e maus-tratos.

Vista por esse prisma, a violência doméstica contra as crianças é uma área que necessita e exige a articulação dos serviços de saúde com as instituições de apoio às vítimas, assim como a atuação adequada dos profissionais de saúde, uma vez que estes se encontram numa posição privilegiada para identificar situações de riscos e as crianças vitimizadas. Desse modo, os serviços de saúde devem constituir focos de intervenção tanto na prevenção quanto na recuperação de agravos à saúde/saúde mental.

Azevedo e Guerra (1989), ao estudarem o fenômeno da violência, estabeleceram uma diferença entre os processos de vitimação e os de vitimização. Consideram que, embora ambas sejam formas de violência, a primeira refere-se à precariedade nas condições de vida do indivíduo relacionadas à pobreza, constituindo-se, portanto, uma violência estrutural, peculiar na sociedade capitalista, a qual é marcada pela dominação de algumas classes sobre outras e pela desigualdade na distribuição de renda. Atualmente, com o fenômeno da globalização, a sociedade capitalista tem fomentado cada vez mais os processos de vitimação, pela exposição das crianças das classes desfavorecidas aos riscos do fenômeno. Esses seres quando vitimados são denominados “crianças de alto risco”, por estarem em condição de maior probabilidade de sofrer a violação dos seus direitos mais fundamentais: o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à segurança, ao lazer, dentre outros.

O processo de vitimização diz respeito à violência proveniente das relações interpessoais adulto-criança e acontece independente da classe social. A vitimização tem base em relações hierárquicas e adultocêntricas, cujas vítimas são denominadas como “crianças em estado de sítio”, por se encontrarem sem autonomia, sob o poder disciplinador do adulto, o qual exige que a vítima seja “cúmplice” e a conviva com o “pacto do silêncio”. Assim, “a vitimização é uma forma de aprisionar a vontade e o desejo da criança, de submetê-la, portanto, ao poder do adulto, a fim de coagi-la a satisfazer os interesses, as expectativas ou as paixões deste” (AZEVEDO; GUERRA, 1989, p. 35).

Apesar da ocorrência do processo de vitimização independer das condições econômicas entre as classes sociais, ressaltamos a influência dos efeitos sociais, uma vez que, dependendo das condições de vida, as crianças podem ficar mais expostas à exploração por parte dos adultos ou de crianças e adolescentes maiores. O ponto em comum entre os dois processos, vitimação e vitimização, é que em ambos as relações sociais estão marcadas por

relações desiguais de poder num contexto que foge à ética estabelecida socialmente para as relações entre adultos e crianças.

Saffioti (1989), ao refletir sobre as desigualdades entre as minorias, enfatiza que as categorias sociais subalternas no Brasil são constituídas por mulheres, negros, pobres e crianças. Considerando essa hierarquia, a mulher negra e pobre e a criança estariam em último lugar, enquanto o macho branco, rico e adulto no topo dessa escala, constituindo uma minoria a desfrutar o que a autora denominou de grande poder ou macropoder. No entanto, a vitimização de crianças não depende apenas do exercício do macropoder, considerando que:

[...] o agressor detém pequenas parcelas de poder, sem deixar de aspirar ao grande poder. Em não se contentando com sua pequena fatia de poder e sentindo necessidade de se treinar para o exercício do grande poder, que continua a almejar, exorbita de sua autoridade, ou seja, apresenta a síndrome do pequeno poder (SAFFIOTI, 1989, p. 17).

Consoante ao exposto, compreendemos que as relações entre a criança e o adulto são de natureza hierárquica, com caráter adultocêntrico. Outros estudos apresentam a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes como de natureza funcional, na medida em que a fragilidade física e de personalidade desse grupo etário o torna alvo fácil do poder dos adultos que tendem a desprender nele a raiva, os ressentimentos, as impaciências e emoções negativas, provocando uma espécie de homeostase¹ (SANCHEZ; MINAYO, 2004). Para o Ministério da Saúde, a natureza dos atos da violência pode ser classificada em quatro modalidades de expressão: violência física, violência sexual, violência psicológica e negligência. Estas formas de violência geralmente não se apresentam isoladamente, tendo como manifestação mais extrema o homicídio (BRASIL, 1993).

A *violência física* ocorre quando uma pessoa que se encontra em relação de poder causa ou tenta causar dano não acidental a outra pessoa, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que possa provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Atualmente, já se considera o castigo repetido, não severo, como violência física. Existem formas diversas de manifestação desse tipo de violência desde lesões orgânicas diagnosticadas, a atos como abandonar a criança em lugares desconhecidos, obrigar ao uso de medicamentos desnecessários ou álcool e outras drogas, bem como danos à integridade física provenientes da negligência (BRASIL, 2002a).

¹ Compreende-se a homeostase como o equilíbrio no meio interno, o qual pode ser perturbado por qualquer estímulo, a exemplo do estresse (HOMEOSTASE... 2007).

Pesquisa realizada por Guerra no ano de 1981, na cidade de São Paulo, relativa a casos notificados de violência física ocorridos no lar, identificou predominância nas vítimas de 7 a 13 anos. Esses eventos ocorrem em diferentes classes sociais, embora as classes populares denunciem com mais frequência. A mesma autora declara que as conseqüências da violência física, se dão sob duas esferas: a) Orgânica: seqüelas ocasionadas por vários tipos de lesões, podendo remeter à invalidez permanente ou temporária ou à própria morte; b) Psicológica: sentimento de raiva e medo do agressor, dificuldades escolares, desconfiança, autoritarismo, delinqüência, violência doméstica e parricídio/matricídio. Nota-se a tendência cíclica da violência, pois “os padrões de violência dirigidos contra as crianças tornam-se modelos de violência dirigidos contra outros adultos amados, especialmente esposas, maridos, amantes” (GUERRA, 2001, p. 48).

De todas as formas de maus-tratos, a *violência sexual* infantil é possivelmente uma das mais difíceis de delimitar, pois além de envolver a temática da sexualidade do adulto e da criança, é expressa como uma forma abusiva da autoridade do adulto sobre a criança. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b), o abuso sexual ocorre quando uma criança ou adolescente é usado por uma pessoa em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado e que através de ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, busca sua própria satisfação, podendo não ter o contato sexual (voyerismo, exibicionismo, produção de fotos) ou incluir o contato sexual sem ou com penetração. Trata-se também da situação de exploração sexual visando o lucro.

Esse tipo de violência pode acarretar sérias seqüelas, além de provocar intensas repercussões de ordem física, comportamental, social e emocional. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), cerca de 80 % dos casos de abuso sexual à população infanto-juvenil tem o abusador como um dos pais ou pessoa com ligação afetiva com a família ou conhecida da vítima. Na maioria dos casos, o abusador é do sexo masculino e a vítima do sexo feminino. Como conseqüência desse tipo de abuso, destaca-se: dificuldades de aprendizado, fugas de casa, queixas psicossomáticas, mudanças súbitas de comportamento, fobias, pesadelos, rituais compulsivos, condutas auto-destrutivas, comportamentos sexualizados, isolamento, desconfiança, labilidade emocional. No longo prazo, observa-se: distúrbios psicosssexuais, depressão, condutas auto-mutiladoras e auto-aniquiladoras, baixa auto-estima e tendência suicida, problemas nas relações interpessoais, prostituição, homossexualismo (SBP, 2001).

O abuso ou *violência psicológica* geralmente está presente em outras formas de

violência e é difícil de ser detectada devido à ausência de evidências imediatas dos maus-tratos. Embora seja considerada a violência mais sutil é a que provoca danos mais significativos ao desenvolvimento e ao crescimento biopsicossocial, produzindo resultados prejudiciais na formação da personalidade da criança. Define-se como “toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa” (BRASIL, 2002a, p. 20). Inclui ações em seu repertório como: “rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos” (BRASIL, 2002b, p. 13).

Como a produção teórica sobre a violência psicológica contra crianças e adolescentes é recente (meados da década de 1980), esse tipo de violência ainda não é muito reconhecida pela sociedade brasileira e tem sido pouco pesquisada. Não se constitui, portanto, foco de atenção no atendimento realizado pelos serviços de proteção a este grupo social. Porém, diante das repercussões psicossociais na vítima, bem como da tendência das famílias em resistirem ao acompanhamento psicológico, torna-se imprescindível a definição de estratégias de intervenção em diversas áreas, em particular no setor saúde, no sentido de atuar junto aos sujeitos envolvidos, agressor e vítima, inclusive, através de recursos da própria comunidade. “Educação de pais, quanto ao desenvolvimento infantil, e estratégia de redução de conflitos se mostram cruciais para melhorar o ambiente relacional e reduzir a ocorrência de violência intrafamiliar” (ASSIS; AVANCI, 2004, p. 65).

A *negligência* é concebida quando não se satisfazem as necessidades básicas da criança. Trata-se de um dos tipos de maus-tratos que ocorre com maior frequência, estando, normalmente, presente nas outras formas de violência, muito embora existam discussões acerca das dificuldades de ordem socioeconômicas que possam influenciar essa situação, bem como com relação ao papel do Estado, da sociedade e da família enquanto co-responsáveis pelos cuidados dispensados à criança. Portanto, ao se analisar a possibilidade da negligência, deve-se considerar a cronicidade, ou seja, a ocorrência repetida de algum fato, bem como a omissão de cuidados por parte do responsável pela criança, pois “mesmo em condições de pobreza, a família possui um estoque de possibilidades para prover os cuidados de que a criança necessita” (SBP, 2001, p. 29).

Uma outra forma de violência contra a criança observada nos serviços de saúde é a “síndrome de Munchausen por procuração”, que é praticada em sua grande maioria pela mãe da criança. Sua manifestação pode ser de duas formas: a simulação de sinais, através da

falsificação de amostras; ou a produção de sinais, mediante a administração de medicamentos ou de substâncias que causem sonolência ou convulsões na criança (SBP, 2001). Para a identificação ou suspeita destes casos, os profissionais de saúde devem observar as seguintes situações:

Doença com características que indicam persistência ou recidivas; Relatos de sintomas não usuais, quase sempre descritos de forma dramática; Dificuldades em classificar as queixas dentro de uma linha de raciocínio diagnóstico coerente; Sinais que surgem sempre quando a criança está com uma mesma pessoa; Os demais parentes e os profissionais só constataam o quadro já consumado; Resistência e insatisfação com o tratamento preconizado e insistência para a realização de diversos procedimentos (SBP, 2001, p. 22).

Embora a violência esteja presente no seio familiar desde a antiguidade, só a partir dos anos 1980 essa temática passou a ser mais abordada no campo científico, especialmente ao se tratar daquela direcionada à criança e ao adolescente (BRITO et al., 2005). No entanto, ao analisar as produções bibliográficas sobre os maus-tratos infantis nos anos 1990, Gomes et al. (2002) observam que, de certa forma, essa produção ainda é insuficiente para subsidiar as políticas de atenção e de enfrentamento ao problema. Os autores acrescentam que as políticas terão mais êxito se conseguirem alcançar uma compreensão teórico-prática, mediante a integração da singularidade de cada caso, ao conhecimento adquirido no atendimento de famílias envolvidas nos casos de maus-tratos.

2.3 Políticas de atenção à criança vitimizada

O governo, nas esferas federal, estadual e municipal vem desenvolvendo programas e ações direcionadas à prevenção, à responsabilização dos agressores e ao tratamento dos agravos provenientes da violência, visando romper com o ciclo desta. Refletir sobre a política de atendimento às crianças vitimizadas por violência nos remete a uma breve retrospectiva histórica e análise da trajetória do sistema de saúde do Brasil. Nessa perspectiva, observa-se que os fundamentos legais relativos à compreensão da criança e do adolescente passaram por significativas transformações, associadas às mudanças econômicas, socioculturais e políticas da nossa sociedade.

Até o final do século XIX inexistiam políticas de atendimento à população infante-juvenil, espaço que foi ocupado pela Igreja Católica e outras entidades de caráter privado. Em 1927 foi elaborado o primeiro Código de Menores, regido pela *Doutrina do Direito do Menor*. De acordo com Nepomuceno (2002), o referido Código retratava-se aos indivíduos menores de 18 anos que se encontravam dentre as seguintes condições:

[...] situação de abandono, não possuíssem moradia certa ou os pais fossem falecidos, ignorados, desaparecidos, declarados incapazes, presos há mais de dois anos, qualificados como vagabundos, mendigos, de maus costumes, exercentes de trabalhos proibidos que fossem prostitutas ou incapazes de prover economicamente as necessidades de seus filhos (NEPOMUCENO, 2002, p. 144).

Segundo a mesma autora, as crianças que se enquadrassem nos padrões socialmente aceitáveis e inseridos em uma família tinham seus direitos assegurados pelo Código Civil Brasileiro, só passando a ser regido pelo Código de Menores os casos citados acima, ou seja, situações nas quais a criança apresentasse uma condição tida como anti-social ou nos casos em que os pais descumprissem alguma obrigação contida no Código Civil.

As características do Código de Menores de 1927 representavam, no campo do Direito, o estilo repressivo de intervenção que se reproduzia nos serviços públicos. Na área da saúde essa correspondência refletia-se no modelo hegemônico de assistência à saúde, o sanitarismo campanhista, que predominou do final do século XIX até meados da década de 1960, caracterizado por estruturas verticalizadas na forma de intervenção e execução de suas atividades, tendo como principal estratégia de atuação as campanhas sanitárias (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001).

Com o processo de industrialização e a migração da população do campo para as cidades, especialmente a partir da década de 1950, houve um crescimento significativo da atenção médica através da Previdência Social, favorecendo a conformação do modelo hegemônico médico-assistencial privatista que se estendeu da década de 1960 até o início dos anos 1980. Paralelamente à luz do modelo de saúde americano, incorporou-se um modelo de saúde hospitalocêntrico com o uso indiscriminado de tecnologia e de alto custo (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001).

De acordo com Nepomuceno (2002), na década de 1950, o país sofreu a influência de movimentos internacionais passando a demonstrar um interesse em pôr em prática algumas políticas públicas. Nesse contexto, a partir de 1959, passa a haver um interesse maior pelas

questões relativas à infância e à adolescência, com a edição, pelas Nações Unidas, da *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Composta por dez princípios, essa Declaração afirma a necessidade de cuidados indispensáveis para a proteção das crianças. No entanto, nos anos sessenta, a crise dos governos da ditadura militar incide diretamente nas políticas públicas, havendo a transferência das resoluções da esfera política para a jurídica, mantendo-se esse perfil no fim da década de 1970.

Em 1979, foi produzido o novo Código de Menores, regido pela *Doutrina da Situação Irregular*. A partir do novo Código, as crianças que se encontrassem em situação irregular, ou seja, os abandonados, as vítimas de maus-tratos, os miseráveis e os infratores, passariam à tutela do Juizado de Menores.

Segundo Bezerra (2004), o referido Código de Menores abordava apenas conteúdos relacionados à assistência, proteção e vigilância aos menores de 18 anos, destinado às crianças e adolescentes infratores, aos que tinham problemas de amparo social e que eram economicamente desprivilegiados. Naquela época, esse segmento social era tratado como objeto sob o poder do mundo adulto e não como sujeito de direitos diante da família, da sociedade e do Estado. Conforme enfatiza o autor sobre a execução do código:

Aplicava-se, portanto, exclusivamente, àquele menor que se encontrasse em situação irregular, assim considerado quando fosse abandonado por seus pais ou responsável, mesmo que eventualmente, proveniente de família carente, vítima de crime, em desvio de conduta ou, por fim, quando autor de infração penal (BEZERRA, 2004, p. 17).

Naquele período, o Estado através de uma conduta de vigilância, buscava a “ordem social como critérios de normalidade, considerando anormal toda realidade hostil ou diferente” (GONÇALVES, 1994, p. 107).

É preciso entender que a Doutrina da Situação Irregular assume um caráter de discriminação e de exclusão, além de o enfoque responsabilizar individualmente os pais, minimizando o papel do Estado e do governo com o problema. Assim, ao nos referirmos à violência doméstica, não podemos culpabilizar as famílias, pois a omissão do poder público em relação à garantia de uma boa qualidade de vida para as populações menos favorecidas contribui muito para que a violência ocorra (BIASIL; PENNA, 2004, p. 431).

No início dos anos 1970 surgiram os primeiros trabalhos-piloto de “medicina comunitária”, como reflexo do movimento contra-hegemônico que difundiu uma visão crítica

da saúde, originando o movimento sanitário, base político-ideológica da Reforma Sanitária.

De acordo com Mendes (1993), o período de 1980-90, o Brasil passou por uma profunda crise econômica e, ao mesmo tempo, pelo processo de redemocratização do País, que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Nessa fase política, constatamos dois grandes projetos político-sanitários alternativos: “o contra-hegemônico (a reforma sanitária) e o hegemônico (o projeto neoliberal), proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista” (MENDES, 1993, p. 34).

Desse modo, paralelamente ao novo modelo hegemônico de saúde, a consciência crítica sobre a situação da criança e do adolescente se amplia na década de 1980, com o crescimento dos movimentos sociais, para contribuir com a restauração da democracia no país. Um exemplo é o movimento relativo aos direitos das crianças e dos adolescentes que se fortaleceram no processo de discussão da Convenção Internacional dos Direitos da Criança e dos Adolescentes, adotada pela Resolução Nº L.44 (XLIV) da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 20/11/1989 e ratificada pelo Brasil em 24.09.1990. A partir desse evento passa a haver uma preocupação especial e maior empenho para a criação de instrumentos jurídicos que respaldassem e assegurassem a garantia dos direitos desse segmento social.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 reconhece as crianças e adolescentes como cidadãos plenos, assegurando-lhes, indistintamente, os direitos fundamentais do ser humano, o direito à cidadania. Assim, vislumbram-se as possibilidades para um novo paradigma, na medida em que a criança passa a ser considerada como um sujeito de direitos em lei, indicando um avanço legislativo que também precisa ser concretizado na prática.

Podemos identificar como divisor de águas na conquista dos direitos da criança a elaboração da Lei Nº 8.069 ou Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, que tem como princípio a Doutrina da Proteção Integral. Este se distingue fundamentalmente do Código de Menor de 1979, calcado na Doutrina da Situação Irregular, a qual só permitia a ação do Estado em situações em que crianças e adolescentes eram considerados como irregulares ou fora dos padrões ditados pela sociedade da época.

A criação do ECA resultou da mobilização da sociedade civil, atenta em transformar a situação desumana a que era submetida a maioria das crianças e adolescentes. O ECA se constituiu um marco histórico na medida em que substituiu o discurso assistencialista que apregoa a ação do Estado apenas em situações fora dos padrões sociais, e introduzem uma nova visão legal que passa a considerar as crianças e adolescentes como cidadãos plenos de

direitos. Nessa perspectiva, “as leis reconhecem garantias a esse grupo social, tutelando seus interesses peculiares, bem como criando instrumentos para a efetivação de seus direitos individuais frente à família, à sociedade e ao Estado” (MINAYO, 2004, p. 15).

Nessa nova abordagem, podemos verificar a tentativa de considerar a categoria integralidade, princípio norteador do sistema de saúde em vigor, por se defender o atendimento integral da criança e passar a conceber a população infanto-juvenil em suas múltiplas dimensões entre das quais a biológica, a psicológica e a social.

Atendendo ainda ao princípio da integralidade, em 1993, o Ministério da Saúde produziu uma Proposta Preliminar de Prevenção e assistência à Violência Doméstica para evitar os constrangimentos do atendimento familiar, nos casos de violência, buscando estabelecer uma rede de vigilância, apoio e prevenção de reincidências (BRASIL, 1993).

A possibilidade de participação da sociedade na elaboração e no controle da política de atendimento desse segmento populacional através dos Conselhos de Direitos (Artigo 88, inciso II) constituiu-se em mais uma inovação do ECA. Outra ação de destaque em benefício da proteção das crianças e adolescentes foi a criação dos Conselhos Tutelares (Artigo 131 a 140).

De acordo com Nepomuceno (2002), com base no ECA, o enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente deve seguir três linhas de ação, quais sejam: a prevenção da violência; a proteção com enfoque no apoio e recuperação das pessoas vitimizadas e, por último, a responsabilização dos culpados. O Estatuto é definido como permanente por ter passado a fazer parte “definitivamente do conjunto das instituições brasileiras”; é autônomo porque tem competência para as deliberações sem interferência externa; e é não-jurisdicional por não poder tomar medidas do âmbito judiciário.

A necessidade de proteção da criança partiu do reconhecimento da existência dos maus-tratos contra elas. A proteção tem início oficialmente a partir da notificação da violência à autoridade competente. A legislação brasileira sobre maus-tratos segue parâmetros adotados nos Estados Unidos com relação ao caráter da obrigatoriedade da notificação por parte dos profissionais, o que pode ser conferido no ECA, em seu Artigo 13 que trata da obrigatoriedade da comunicação ao Conselho Tutelar dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança e do Artigo 245 que define como infração administrativa a não notificação desses casos por profissionais da área da saúde ou da educação, estipulando multa de três a vinte salários mínimos de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

No entanto, observa-se a ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais quando do ato de notificar (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

A notificação é um valioso instrumento de política pública por possibilitar visibilidade ao fenômeno da violência. Dimensionar a questão da violência doméstica viabiliza a identificação da necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência, o incentivo de pesquisas na área em busca de um maior conhecimento sobre o problema e, especialmente, o direcionamento de ações preventivas e de promoção da proteção da saúde da criança. Isso significa que “o ato de notificar é um elemento crucial na ação pontual contra a violência, na ação política global e no entendimento do fenômeno” (GONÇALVES; FERREIRA, 2002, p. 3).

Apesar das determinações legais do ECA, a subnotificação da violência é uma realidade no Brasil, constituindo-se como um fator que dificulta a superação desse fenômeno, exigindo uma política de enfrentamento eficaz. Nesse sentido, o Ministério da Saúde sugere as seguintes ações:

[...] incorporar o procedimento de notificação à rotina das atividades de atendimento e ao quadro organizacional dos serviços preventivos e assistenciais e educacionais, [...] sensibilizar e capacitar profissionais de saúde e de educação para compreenderem o significado, as manifestações e as conseqüências dos maus-tratos para o crescimento e desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, bem como treiná-los para o diagnóstico, a notificação e os encaminhamentos dos casos, [...] formar as alianças e parcerias necessárias para que a notificação seja o início de um atuação ampliada e de suporte[...] (BRASIL, 2002b, p. 17).

O Ministério da Saúde publicou a Portaria N° 1.968/GM, em 25.10.01, que 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 SUS. Essa Portaria acompanha um modelo de Ficha de Notificação a ser preenchido em duas vias, sendo uma encaminhada ao Conselho Tutelar ou Juizado de Menores e a outra arquivada na própria instituição de saúde.

No âmbito local, em 30 de setembro de 2005, a Secretaria Municipal de João Pessoa definiu a notificação compulsória de acidentes e violências em toda a rede de saúde no âmbito territorial do município de João Pessoa (Portaria N° 053/2005) e, em 24 de outubro de 2005, instituiu o Comitê de Monitoramento de Acidentes e Violências (Portaria N° 063/2005), composta por representantes de diversos órgãos, instituições e entidades. No âmbito

hospitalar, apenas duas instituições foram contempladas: o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e o Hospital Geral Santa Isabel.

Uma importante ação no âmbito federal foi a implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, através da Portaria MS/GM Nº 737, de 16.05.01. Esta Política traça diretrizes e responsabilidades institucionais que visam à promoção e à prevenção desses eventos, através da articulação com diversos segmentos sociais, tendo como propósito fundamental a redução da morbimortalidade por acidentes e violências, contribuindo para a qualidade de vida da população.

Vale ressaltar que os acidentes e violências acarretam agravos à saúde, podendo ou não levar a óbito e estão classificadas por causas acidentais (trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes) e por causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Ambas são denominadas de causas externas na Classificação Internacional de Doenças – CID (BRASIL, 2005).

Com base nas orientações gerais preconizadas pelo ECA e pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, vêm sendo elaborados outros planos específicos e documentos instrucionais na esfera federal, dentre os quais se destacam os seguintes: o Protocolo para Atendimento às Vítimas de Violência Sexual / Norma Técnica voltada para a assistência secundária e terciária; Orientações para a Prática em Serviço sobre Violência Intrafamiliar na Atenção Básica; Direitos Humanos e Violência Intrafamiliar/Informações e Orientações para Agentes Comunitários de Saúde; Manual de Orientação para Notificação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes, bem como várias portarias técnicas relacionadas às questões da violência e da saúde.

Através dessa breve retrospectiva histórica das políticas de atenção à criança vitimizada, podemos identificar significativas transformações nos fundamentos legais relativos à compreensão da população infanto-juvenil, que deixou de ser considerada como um adulto em miniatura, desprovido de direitos e submetido ao poder dos adultos para um ser dotado de direitos, com necessidades e capacidades próprias. Contudo, conforme afirmam Collet e Oliveira (2002), apesar de a saúde infantil ter emergido junto com as demais práticas sanitárias advindas da expansão do capitalismo, que mantém o seu caráter ideológico a serviço do capital, o novo enfoque político refletiu positivamente no reconhecimento da cidadania desse grupo social com a perspectiva de construção da integralidade na atenção à criança.

2.4 As necessidades de saúde no contexto da integralidade na atenção à criança vitimizada por violência doméstica

A qualidade da assistência em saúde está diretamente relacionada ao trabalho que se realiza para atender a determinadas necessidades humanas, uma vez que o ser humano, como um ser social e historicamente determinado, não vive isolado de outros seres humanos, mas organizado em grupos, produzindo por meio do trabalho a satisfação de suas necessidades. Desse modo, a conformação desses grupos para o trabalho é um dos primeiros momentos da sociabilidade responsável pelo processo de humanização dos seres humanos. Segundo Gonçalves (1992), no processo de humanização, os carecimentos desses grupos são transformados em finalidades e guiam toda a organização dos processos de trabalho no sentido de seu atendimento.

O termo necessidade, usualmente se refere a uma qualidade de exigência que se impõe de modo absoluto aos seres humanos e à natureza, como se fosse uma lei, a exemplo das necessidades instintivas, de alimentação, movimento e repouso para manter-se a vida.

Contudo, segundo Lessa (1997), a humanização que caracteriza o ser humano está fundada em três esferas ontológicas: a esfera do ser social que se refere às potencialidades que movem o ser humano para a ação. Essas forças essenciais materializam-se nas atividades. Por isso o trabalho é caracterizado como a substância dos valores, por ser um mediador para a alteração da natureza, do mundo e do ser humano. As outras duas esferas ontológicas são a *esfera inorgânica*, que tem como essência o incessante tornar-se outro mineral, e a *esfera biológica* cuja essência é repor o mesmo na reprodução da vida.

Para o último autor supra citado, o *ser social*, como essência da esfera ontológica, particulariza-se pela incessante produção do novo, pela transformação do mundo que o cerca, de maneira consciente e orientada por necessidades. As esferas ontológicas, embora distintas e com certo grau de autonomia, encontram-se articuladas, pois, sem a esfera inorgânica não há vida (esfera biológica, orgânica) e sem a vida não há ser social (esfera social).

Embora estudiosos e pesquisadores de diferentes áreas venham se preocupando cada vez mais com as questões relativas às necessidades humanas, em suas múltiplas dimensões e significados, a produção científica sobre a temática ainda é escassa. Os estudos consultados referem-se às necessidades com diferentes termos como necessidades humanas, necessidades humanas básicas, necessidades fundamentais, necessidades sociais, necessidades

de saúde, dentre outras (CIANCIARULLO, 2002).

Stotz (1991) propõe uma definição das necessidades em saúde que seja aplicável ao cotidiano dos profissionais de saúde ao considerar quatro conjuntos de necessidades de saúde, quais sejam: boas condições de vida, pois a maneira como se vive desencadeia diferentes necessidades de saúde; acesso às tecnologias de saúde que melhorem ou prolonguem a vida; criação de vínculos (a) efetivos entre o usuário e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde, ao se manter uma relação contínua, pessoal e calorosa, envolvendo um encontro de subjetividades; e a necessidade de autonomia compreendida como “modo de andar a vida”.

A correlação entre necessidades de saúde e assistência assume um caráter de maior importância quando representada pela imagem do usuário que busca cuidados médicos em um serviço assistencial. Essa procura pode ser caracterizada como demanda, uma busca de intervenção que tem como origem o carecimento, quer seja por uma alteração física, orgânica ou um sofrimento ainda não identificado fisicamente ou mesmo por algo que sente falta como, por exemplo, de informação. Considerando que os carecimentos são desencadeados na vida em sociedade, podemos nos referir a necessidades sociais (SCHRAIBER; GONÇALVES, 2000).

Gonçalves (1992, p. 37) esclarece que entende por necessidades sociais as necessidades determinadas sócio-historicamente, explicando que *necessidades sociais* diferem de “necessidades da sociedade”. As *necessidades sociais* dizem respeito às necessidades individuais determinadas social e historicamente, ou seja, são “necessidades de indivíduos que estão em relação sócio-histórica com outros indivíduos” cujas necessidades são decorrentes dessas relações, mas “sem deixarem nunca de serem individuais”. Já as necessidades da sociedade podem ser compreendidas como “um conjunto estruturado na sociedade que é ele próprio sujeito de necessidades, que seriam então as necessidades da sociedade”. Sobre estas últimas, acrescentamos que de fato elas são necessidades do grupo dominante, que, por meio da ideologia reproduz a idéia de suas necessidades como sendo as de toda a sociedade.

De acordo com Heller e Fuhér (1998 apud MANDÚ; ALMEIDA, 1999), as necessidades humanas tanto se apresentam socialmente através das instituições, mediante uma linguagem pública com suas normas e leis sociais e políticas, quanto se manifestam subjetivamente na forma de sentimentos e motivações. Portanto, as necessidades se constituem parte integrante da subjetividade, havendo, conforme afirmam Mandú e Almeida (1999, p. 56), “um modo instaurado e contínuo de criação, percepção e satisfação/insatisfação

social de necessidades apoiado em uma relação subjetiva dos indivíduos com esse sistema de necessidades”.

Nessa perspectiva, a organização de serviços de saúde visa não apenas responder as necessidades de saúde conhecidas, mas ir além, buscando conhecer também outras, pois as necessidades de saúde conhecidas já são contempladas pelos técnicos mediante os patamares assistenciais. Portanto, é importante que os serviços de saúde não reduzam as necessidades de saúde a processos fisiopatológicos (SCHRAIBER; GONÇALVES, 2000). Essa visão limitada tem caracterizado a assistência tradicional que é voltada, sobretudo, para o diagnóstico e para o tratamento de doenças, dificultando o reconhecimento do novo conceito ampliado sobre o processo saúde-doença.

Minayo (2006) ressalta que o conceito sociológico de saúde contempla as dimensões biológicas, estruturais e políticas além dos aspectos histórico-culturais e simbólicos de sua realização. Assim, saúde e doença expressam, no corpo e na mente, especificidades biológicas, sociais e ambientais vividas subjetivamente, na peculiar totalidade existencial no âmbito individual ou coletivo. E acrescenta:

[...] todas as ações clínicas, técnicas, de tratamento, de prevenção ou de planejamento devem estar atentas aos valores, atitudes e crenças das pessoas a quem a ação se dirige. É preciso entender que, ao ampliar suas bases conceituais incluindo o social e o subjetivo como elementos constitutivos, as ciências da saúde não se tornam menos “científicas”, pelo contrário, elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam (MINAYO, 2006, p. 31).

Nesse sentido, Schraiber e Gonçalves (2000) apresentam a seguinte sugestão:

[...] criação de espaços de emergência de necessidades na organização da produção e em razão dessa organização. Valendo-nos das qualidades de “contexto instaurador de necessidades” que detém os serviços, neste caso buscamos necessidades que tampouco os técnicos dominam (SCHRAIBER; GONÇALVES, 2000, p. 33).

Consoante ao exposto, as necessidades básicas de saúde podem ser compreendidas como aquelas que transcendem o âmbito da intervenção curativa individual. De acordo com Schraiber e Gonçalves, 2000, p. 36, no Brasil, essas necessidades podem ser compreendidas sob diferentes aspectos: a) aquelas que incluem as demandas principalmente sanitárias, como saneamento, vacinação, informações em saúde que desencadeiam as ações tradicionais da saúde pública; e b) as que se referem às ações clínicas que podem se

manifestar de dois tipos: “as que cobrem a prevenção, a profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico [...]; e as que constituem demandas tipicamente clínicas, de prevenção ou recuperação, [...] apoiados em técnicas diagnósticas e terapêuticas de menor uso de equipamentos.

Assim, considerando a ampliação do conceito de saúde a partir da constituição do SUS, e que “cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades, deve ser sempre o foco, a razão de ser de cada serviço do ‘sistema’ como um todo” (CECÍLIO, 2001, p. 120), podemos compreender que as práticas de saúde devem responder aos problemas e às necessidades por saúde mais ampliadas, não se restringindo à doença propriamente dita. Significa desenvolver um modelo de saúde que se baseie na concepção de que o processo saúde-doença constitui um reflexo de como os grupos se inserem na reprodução social. Esse novo modelo requer a superação da visão da saúde pública tradicional, pois, segundo Mandú e Almeida (1999):

Essa forma de interpretar a questão da atenção à saúde incorpora as marcas de uma visão parcial da totalidade humana, da saúde e suas determinações, e, por decorrência, de quais são as necessidades em saúde. Nela, nega-se a correlação entre saúde e estrutura sociocultural e política, e a integralidade humana como abrangendo, de modo complexo e interrelacional, as várias dimensões da vida – a bio, psicoemocional, sociocultural e físico-ambiental. O ser humano não é compreendido como um ser cujas necessidades se originam em uma trama social conflitante de ações, de condutas, de normas, de valores, de relações de trabalho, de consumo e de poder (MANDÚ; ALMEIDA, 1999, p. 61).

Para as autoras, como o ser humano não se limita a uma estrutura orgânica/biológica “natural”, as necessidades não podem ser universalizadas/naturalizadas ou reduzidas a processos de tensão originados por desequilíbrios, e indicam que:

Uma visão social e histórica da vida humana incorpora a compreensão de que as carências derivam de processos físico-sociais – de condições de subsistema, de relações de desigualdade, de exploração, de dominação, de resistências, expressas coletiva e individualmente, e da totalidade do ser humano – em que se incluem a necessidade de sobrevivência, de auto-desenvolvimento e emancipação, de cuja garantia depende a saúde (MANDÚ; ALMEIDA, 1999, p. 62).

Então, partindo-se do pressuposto de que “a maneira como se vive se ‘traduz’ em diferentes necessidades de saúde” (CECÍLIO, 2001, p. 114), torna-se fundamental a escuta ampliada das necessidades de saúde dos usuários para que se possa alcançar a integralidade na

assistência. Nesse sentido, Heller e Fuhér (1998 apud MANDÚ; ALMEIDA, 1999) afirmam que as necessidades são produzidas social e culturalmente e que elas se apresentam no processo de vida mediante determinados contextos naturais-sociais.

Compreendendo, então, que as necessidades de saúde extrapolam categorias identificáveis no âmbito individual, elas não podem ser isoladas e individualizadas, ou seja, os processos de trabalho devem abarcar o nível individual e o coletivo, mediante tecnologias de intervenção nesses dois níveis. Portanto, é fundamental que os processos de trabalho considerem a subjetividade da clientela, possibilitando a participação dos indivíduos, grupos e comunidades a fim de ampliar as necessidades através dos serviços (MANDÚ; ALMEIDA, 1999).

Nessa perspectiva, considerando a produção de serviços de saúde, os processos de trabalho podem ter como meta enfrentar as necessidades de saúde dos grupos sociais que constituem um território, respeitando o conceito de determinação social do processo saúde-doença e encaminhando a política pública de saúde no âmbito do direito universal (CAMPOS; MISHIMA, 2005).

No contexto contemporâneo de reflexão sobre as possibilidades de transição paradigmática, nas diferentes áreas do conhecimento, são diversas as propostas de reformas. Na área da saúde da criança essa perspectiva nos leva a questionar a tendência conservadora/transformadora das mudanças em curso e o lugar social do trabalho das práticas profissionais nesse contexto, nas propostas de mudanças compreendidas como política e sintetizada na idéia de um de seus princípios orientadores, a integralidade.

Estudo desenvolvido por Silva (2003) demonstra que a política de saúde mental na perspectiva de uma reforma psiquiátrica, em João Pessoa, reforça e legitima o modelo da Psiquiatria Clássica no qual a prática profissional é exercida como um mandato social, reproduzindo os saberes e as práticas, a essência fundadora da Psiquiatria tradicional, retocada por alterações superficiais, conforme os interesses hegemônicos de cada momento histórico. A autora argumenta que o movimento de atualização da psiquiatria, sem ruptura paradigmática, caracteriza o tecnicismo que aposta na capacidade da “técnica” para impactar o presente, por seu potencial para produzir resultados rápidos e de grande visibilidade, fazendo com que as mudanças cosméticas sejam confundidas com as transformações requeridas pela contra-hegemonia e reclamadas pelos movimentos sociais, da década de 1990, que parece não ter encontrado eco nos micro-espços de aplicação das políticas, no trabalho do cotidiano dos profissionais da área de saúde mental.

Compreendemos que existe certa defasagem entre os referenciais teóricos e a prática, entre o plano das idéias e a sua realização, mas no modelo clássico e hegemônico de assistência à saúde essa defasagem é muito acentuada e resistente às mudanças. Parece que os novos referenciais teóricos que apóiam o que se anuncia como nova política de saúde não é realizado na ação da prática profissional ou não tão utilizado quanto necessário, dadas as condições reais do trabalho, a organização dos serviços ou das formações profissionais. Esse desacordo nos remete a pensar com mais profundidade sobre um dos pilares que compõe a categoria Modelo de Assistência, representado pelos processos de trabalho, (os outros dois são as políticas e a organização dos serviços) conforme apresentado por Gonçalves (1992), que, segundo Silva (2003), o pilar representado pelo trabalho não tem sido tão considerado quanto os outros dois, e isso tem dificultado as possibilidades de avanço no sentido da transformação paradigmática da assistência à saúde a partir dos micro-espços da prática profissional.

Como qualquer outro trabalho, o trabalho em saúde organiza-se a partir de necessidades identificadas, e se constitui em um processo, cujos principais elementos são: o objeto, a finalidade e os instrumentos. A dinâmica do trabalho, sua processualidade, revela-se como práxis, momento de síntese da teoria e da prática (KONDER, 1992). Desse modo, o novo caráter da política de saúde que a proposta do SUS apresenta na atualidade e o entendimento de política como um conjunto de teorias e práticas que se materializam nos processos de trabalho encontram na categoria Trabalho, os conceitos e as explicações para a análise do material empírico deste estudo.

A compreensão de que as necessidades de assistência à saúde são produzidas socialmente, coloca-as em relação direta com o processo histórico e econômico de formação da Sociedade e do Estado. Essa organização está vinculada à capacidade de produção das condições de existência dos seres humanos, que têm sido efetivadas historicamente pelo ato social do trabalho. Nesse enfoque, o Trabalho é uma categoria que dá centralidade ao ser humano, por envolver tanto a formação do ser humano social como a base da sociedade, constituída pelos aspectos econômicos, políticos e estruturais.

O trabalho é caracterizado por Konder (1992, p. 108) como a substância dos valores por ser um mediador para a alteração da natureza, do mundo e do ser humano, e por concretizar as potencialidades do ser social e das forças essenciais que movem os seres humanos para a ação. Por isso, os seres humanos são reconhecidos nas atividades que conseguem realizar: “entre as atividades que os seres humanos têm realizado, historicamente, em sociedade, nenhuma tem tido

uma importância tão grande e ao longo do tempo como o trabalho”.

O trabalho humano organiza-se em um conjunto articulado de momentos essenciais ao encadeamento dinâmico para a produção intencional do algo novo, a partir da descoberta da potencialidade pressuposta para a transformação, mediada por uma energia de atividade que corresponde ao próprio trabalho (GONÇALVES, 1992). Para o mesmo autor, as idéias de necessidade, energia, intencionalidade e transformação de uma realidade para atender às necessidades humanas, sintetizadas em um único processo, representam o plano de maior abstração do conceito de trabalho humano em Marx.

Essa idéia de trabalho envolve elementos articulados que conformam o processo de trabalho. Segundo Marx (1996, p. 201), esses elementos são: 1) “a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; 2) a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; 3) os meios de trabalho, o instrumental de trabalho”.

A identificação da possibilidade de transformação é o primeiro momento do processo de trabalho, “é a atividade adequada a um fim” ou a finalidade do trabalho, referida por Marx (1996), como um elemento que está presente desde o início do processo, seu telos. Esse elemento deve nortear as ações, pois, ao término do processo de trabalho, obtém-se um resultado que no princípio já existia na consciência do trabalhador.

O segundo elemento componente do processo de trabalho é “a matéria ou objeto de trabalho” e diz respeito às matérias-primas que o trabalho vai consumir, quando o trabalhador imprime sua vontade sobre elas, orientada para uma transformação que deve corresponder à construção de uma resposta a uma necessidade humana. O objeto é a idéia impressa na matéria pelo trabalho, é a idéia transformada em objeto. Ou seja, é o objeto socialmente posto, construído no processo de trabalho, é a subjetividade objetivada. De acordo com Gonçalves (1992, p. 11), a matéria “enquanto parte da natureza, não é propriamente um objeto”, vem a sê-lo, somente, quando é delimitada pela descoberta de uma ou várias potencialidades para sua transformação.

O terceiro e último elemento do processo de trabalho, *os meios de trabalho*, corresponde às condições objetivas e aos recursos que englobam os materiais envolvidos no processo de produção como *a matéria-prima, os instrumentos e a força de trabalho*. Esses elementos medeiam as relações de trabalho ao se colocarem entre o ser humano, o objeto de trabalho e a natureza sobre a qual o ser humano aplica sua atividade. Os meios de trabalho devem servir como guia da ação sobre o objeto. Referem-se a todos os recursos implicados

como condições necessárias à realização do processo de trabalho.

A matéria-prima corresponde aos materiais que poderão ser transformados em produtos, quando se reconhecem neles as qualidades potenciais para uma determinada transformação. Isto predispõe a matéria a ser tomada intencionalmente como recorte de um todo, delimitada e orientada pela antevisão de suas potencialidades, para a transformação (GONÇALVES, 1992). Para esse autor, tal matéria já separada do todo, quando foi recortada pelo olhar que anteviu sua potencialidade para a transformação, já em processo dinâmico de trabalho constitui-se em objeto do trabalho. Assim, o objeto só se constitui como tal porque um sujeito o discrimina desse modo, pois “toda objetualidade da natureza decorre da presença de um sujeito para o qual ela é objeto, o que enlaça subjetividade e objetividade de modo inseparável” (GONÇALVES, 1992, p. 12-13). Contudo, o reconhecimento das qualidades potencializadoras da matéria para determinada transformação é condição necessária para o desencadeamento do processo de trabalho, mas não garante sua transformação. A relação entre a intencionalidade e o gasto de energia [a relação entre a intenção e o gesto] é mediada por outro elemento do processo de trabalho: *os instrumentos*. Estes correspondem ao meio pelo qual a energia vai-se incorporar ao processo de trabalho.

O mesmo autor explica que o potencial objetivante dos instrumentos de trabalho confere-lhes a característica de momento essencial do processo de trabalho e que esses instrumentos de trabalho devem ser adequados à sua finalidade e utilizados de forma econômica, ou seja, devem ser empregados de modo racional, coerentemente, articulados aos demais elementos do processo de trabalho. Dentre tais instrumentos, encontram-se os instrumentos materiais que correspondem às máquinas e ferramentas que se desgastam e nada transferem materialmente ao novo produto, mas, por incorporarem trabalho humano, produzem valor que é transferido para o produto final.

Além dos instrumentos materiais, o ser humano faz uso, também, dos recursos conceituais que correspondem aos conhecimentos, saberes e técnicas que ele acumulou historicamente e que vai aplicar como instrumentos para a racionalização do trabalho. São tecnologias, conhecimentos e técnicas que permitem ao ser humano um domínio cada vez mais complexo sobre a natureza, determinando novas qualidades nas relações sociais (PARO, 2001).

A energia humana aplicada e consumida no processo de trabalho para obter a transformação, é a força de trabalho que acrescenta mais valor ao produto final. Parte dessa

energia, segundo Gonçalves (1992, p. 17), deve ser utilizada na disposição dos objetos e instrumentos do trabalho, articulados adequadamente para que os fins desejados sejam alcançados, e “a atividade coordenada intelectual e mecânica de consumo de energia para o fim buscado se chama trabalho”. A articulação entre esses elementos na dinâmica da realidade histórica e social compõe a processualidade do trabalho, pelo qual o ser humano afirma-se como sujeito, por seu potencial para modificar a realidade e a si mesmo. Ao produzir objetos, conceitos, valores, cultura e tantas outras coisas, o ser humano altera sua realidade objetiva e subjetiva estando com isso, também, produzindo a história.

Ao examinar como ocorre o processo de trabalho na sociedade de produção do capital, Marx (1996) distinguiu o trabalho que produz valor de uso (trabalho concreto) e o que produz valor de troca (trabalho abstrato). O autor explica que o trabalho concreto diz respeito àquele em que se identificam a natureza, o objeto, os meios e o resultado e requer uma habilidade específica. Este tipo de trabalho objetiva-se ao materializar-se em mercadoria ou produto específico, que pode ser concretamente identificado e deve ter uma utilidade para a vida dos seres humanos, ou seja, adquire um valor de uso, atende a necessidades. Assim, as necessidades antevistas representam o motor propulsor que desencadeia o processo de trabalho.

Tumolo (1998) afirma que na diferenciação entre as categorias: trabalho concreto, trabalho abstrato e trabalho produtivo, os críticos de Marx não consideram em suas análises, a categoria trabalho produtivo. Essa inclusão seria necessária, uma vez que na produção capitalista o trabalhador não produz apenas mercadorias, porém, mais valia, que não é produzida para o próprio trabalhador, mas para o capital. Desse modo, a concepção de trabalho produtivo contém além do efeito de utilidade, uma relação de produção social específica e historicamente determinada, na qual o trabalhador é tomado como um instrumento direto de valorização do capital, não importando a forma da mercadoria (serviço ou outras formas) por ele produzida, com a finalidade de obter mais valia.

Concordamos com os autores que defendem o trabalho vivo como produtor de valores de uso. Esse trabalho, segundo Marx (1996, p. 207- 263):

[...] deve apoderar-se das coisas, tirando-as de sua inércia para transformá-las de valores de uso possíveis, em valores de uso reais e efetivos.... O capital é trabalho morto que, como vampiro, se reanima sugando o trabalho vivo e quanto mais o suga mais forte se torna.

A concepção social e histórica da sociedade capitalista, com base na centralidade do trabalho, justifica a potência do trabalho como categoria sociológica de análise, capaz de contribuir para a compreensão dos limites e possibilidades de uma superação paradigmática na área da saúde da criança vitimizada por violência doméstica. Nessa perspectiva, questionamos sobre as necessidades de saúde dessa população, alvo da assistência.

Heller (1986) considera as necessidades humanas como historicamente construídas e determinadas a partir das premissas formuladas por Marx a respeito da possibilidade de emancipação humana, sob o argumento de que as necessidades são ao mesmo tempo: fundamento da práxis e verificação prática da teoria. Nesse enfoque, ela faz uma distinção entre as necessidades radicais e as necessidades alienadas, afirmando que a teoria marxista sobre a transição revolucionária refere-se à revolução de um sistema de necessidades radicalmente distinto, porque fundado em necessidades qualitativas, que são as necessidades humanas concretas, existenciais e não aquelas alienadas, produzidas pelo mercado capitalista. Assim, as necessidades radicais são de difícil integração no sistema capitalista e, apesar de terem base material, situam-se num nível qualitativo porque se reportam a uma consciência individual e social.

A mesma autora explica, ainda, que apesar de Marx nunca ter definido o conceito de necessidade, refere-se a elas em seus estudos sobre a economia política clássica quando afirma: a) sua compreensão de que o trabalhador vende ao patrão, não seu trabalho, mas sua força-de-trabalho; b) quando argumento sobre a teoria da mais-valia e c) quando descobre o significado do valor de uso. São teses que envolvem o conceito de necessidade. Para a autora são, sobretudo, os estudos de Marx sobre o valor de uso que manifestam a relação do trabalho com as necessidades. Quando ele define a mercadoria, como algo para satisfazer necessidades humanas (para o uso humano, ou seja, que tem um valor de uso), ele coloca o valor de troca em relação direta com o valor de uso e este é traduzido como uma necessidade que carece ser atendida; quando ele refere que o trabalhador vende, não seu trabalho, mas, sua força de trabalho, vende um valor de uso que satisfaz necessidades do capitalismo; quando a mais-valia é produzida ela satisfaz uma necessidade de remuneração do capital, que é um dos requisitos para a acumulação capitalista.

Todavia, Marx (1996) não restringiu o conceito de necessidades apenas ao âmbito das necessidades econômicas. Ao contrário, afirmou que essa redução é uma expressão da alienação capitalista sobre as necessidades em uma sociedade cuja produção tem por finalidade não as necessidades, mas a valorização do capital, sociedade na qual o sistema de

necessidades está baseado na divisão do trabalho que faz com que as necessidades só apareçam no mercado.

Esse pensamento reforça as idéias principais de Marx (1996) de que as relações humanas, entre as quais se inserem as necessidades individuais e coletivas, são expressões do meio e da cultura, produzidas pelos seres humanos das sociedades das diferentes épocas, e que, assim como a hegemonia capitalista controla, por meio da ideologia a reprodução do seu sistema, ela o faz, também, por meio da manipulação das necessidades, quando promove o desenvolvimento privatista para atendê-las, produzindo identidades que reforçam a reprodução da racionalidade capitalista.

Essa realidade permite pensar as necessidades de saúde como necessidades Humanas Básicas, muitas vezes divulgadas pela hegemonia, como *mínimos sociais*, termo aplicado na prática como *mínimo de subsistência*, como uma resposta social, muitas vezes, isolada e/ou emergencial aos efeitos da pobreza extrema. Segundo Pereira (2002, p. 16), esse mínimo “podia ser uma parca ração alimentar...uma veste rústica, um abrigo tosco...ou um salário mínimo estipulado pelas elites do poder”. Em oposição a essa idéia constituiu-se, desde o século XX, o conceito de Proteção Social que engloba a *seguridade social*, o *asseguramento* à seguridade social e as *políticas sociais*. Para essa autora:

- a *seguridade social* constitui um sistema programático de segurança contra riscos, circunstâncias, perdas e danos sociais cujas ocorrências afetam negativamente as condições de vida dos cidadãos;
- o *asseguramento social* identifica-se com as regulamentações legais que garantem ao cidadão a seguridade social como direito;
- as *políticas sociais* constituem uma espécie de política pública que visa concretizar o direito à seguridade social por meio de um conjunto de medidas, instituições, profissões, benefícios, serviços e recursos programáticos e financeiros (PEREIRA, 2002, p.16).

Desse modo, somente a partir dessa compreensão as políticas públicas puderam ser reconhecidas, à luz da equidade e da justiça social, o que lhes confere o estatuto de direito individual e coletivo, ou seja, sua ressignificação implica um novo conceito de necessidades humanas, não mais assentada sobre o caráter apenas individual, biológico, natural e de vinculação exclusiva com a pobreza extrema, mas relacionada com valores qualitativos da experiência de viver, adoecer e morrer dos sujeitos sociais, cidadãos de direito e de deveres. Esse novo enfoque se refere às necessidades individuais e sociais como carências e como matéria de Direito a ser assegurada por meio de políticas públicas decididas coletivamente.

Como ser natural e sócio-histórico, assim constituído por meio da biologia e das

relações sociais entre as quais as relações de trabalho são as mais materializadoras dessa condição humana, o ser humano deve consumir para reproduzir-se, também, biológica e socialmente. Para Gonçalves (1992), o conjunto de objetos que deve consumir e a forma como os consome, constitui o âmbito das necessidades que “necessariamente” deve satisfazer para atingir seu objetivo de reproduzir-se, o que implica desenvolver modos de produzir e distribuir esses objetos. Assim, são os contextos sociais e históricos que criam condições para se recortar os objetos e articulá-los com os demais elementos do processo de trabalho e com as necessidades que motivam sua realização, que produzem objetos para as necessidades “e estas criam novos sujeitos para os novos processos de trabalho como processos de reprodução social” (GONÇALVES, 1992, p. 36).

Diante dessas considerações, a compreensão sobre as necessidades de saúde é fundamental para a organização dos processos de trabalho que realizam a política de saúde da atualidade, no sentido de uma aproximação/distanciamento com a possibilidade de superação do modelo de assistência à saúde, o tradicional, que o SUS pressupõe, porque segundo Marx (1996), Heller (1986) e Gonçalves (1992, todo trabalho requer a delimitação das necessidades às quais ele deve oferecer uma resposta.

Por isso, a construção de um sistema de saúde equitativo, não excludente e resolutivo, ou seja, que dê conta da integralidade da assistência, precisa repensar tanto a organização dos serviços quanto os processos de trabalho segundo as necessidades individuais e coletivas, em um determinado contexto social e histórico. Na atualidade, há um conjunto de intenções que informa a nova política e há, também, uma nova organização dos serviços de saúde em torno das Unidades Básicas de Saúde, com uma estratégia nos Programas de Saúde da Família – PSF. Todavia, os processos de trabalho para a efetivação/consolidação do SUS permanecem como um dos maiores desafios que ainda se coloca para o campo da saúde na sociedade brasileira (SILVA, 2003).

O modelo tradicional, ao reconhecer e valorizar necessidades do mercado capitalista, como as necessidades do complexo industrial hospitalar (necessidades dos fabricantes de insumos, prestadores de serviços e necessidades dos profissionais, remunerando-os por produção), reporta as leis de mercado para a área da saúde e atende, sobretudo, as necessidades dos grupos dominantes, concentrando nas ações e serviços recuperadores da saúde, especializados e hospitalares. Disso decorre sua característica de um modelo perdulário dos recursos públicos e ineficaz para atender reais necessidades de saúde (DOMINGOS, 2007).

Ao considerar o SUS, uma manifestação concreta e institucional do movimento da sociedade organizada na área da saúde representado pela luta para a Reforma Sanitária Brasileira, apesar do seu desenvolvimento ainda sofrer resistências, por meio de sua repressão e distorção, consideramos ser esta a única política pública de cidadania que resiste ao seu desmanche, razão pela qual queremos contribuir para sua efetivação, por meio da compreensão dos limites/possibilidades para a reorganização dos processos de trabalho a partir da investigação das necessidades de saúde que os move, e assim oferecer subsídios para sua incorporação nos serviços de atendimento à saúde da criança vitimizada por violência doméstica.

O estudo das necessidades como propulsor dos processos de trabalho em saúde ainda é pouco explorado pelos pesquisadores dessa área. Campos e Bataiero (2007) realizaram um levantamento bibliográfico na base de dados LILACS, utilizando descritores de necessidades de saúde, quando elegeram 73 artigos, categorizados de acordo com o ano de publicação, categoria profissional dos autores, nível de atenção em saúde e objeto e finalidade do estudo. Os resultados evidenciaram que:

- a) 66 trabalhos (90,4%) não abordaram o conceito de necessidades, dentre os quais 21 (28,8%) tratavam da administração ou planejamento de serviços de saúde – na perspectiva de racionalização de custos – e 45 (61,6%) abordavam oferta ou demanda de ações nos serviços de saúde, associando necessidades de saúde ao consumo de procedimentos de saúde – principalmente a consulta médica – com ações bastante identificadas com a assistência focalizada a grupos de risco, eleitos a partir das recomendações de racionalização de custos do Banco Mundial;
- b) os 07 artigos restantes (9,6%), que abordaram o conceito de necessidades, se configuraram como artigos de reflexão, pois propunham a ampliação do objeto dos processos de trabalho em saúde, mas não explicitavam articulação com serviços de saúde, o que possibilitaria a operacionalização dessa ampliação, favorecendo a instauração de processos de trabalho guiados pela finalidade de efetivação dos preceitos do SUS (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

As autoras concluíram afirmando a importância de a produção científica, sobre as necessidades de saúde, configurar-se como operante na reorganização dos processos de trabalho, que deveria ter como sua finalidade, respostas a necessidades de saúde ampliadas.

Para Gonçalves (1992), o processo de produção em saúde é uma categoria que se refere à articulação social dos diferentes processos de trabalho nessa área, tendo como finalidade responder às necessidades sociais, compreendidas como carência para manutenção e reprodução do modo de produção, que se reproduz em necessidades de reprodução das classes sociais. Assim, necessidades de saúde são necessidades de reprodução social que, por não serem naturais nem gerais, são necessidades de classes, ou seja, são diferentes nos diferentes grupos sociais, definidos pela sua inserção na divisão social do trabalho que determina os diferentes modos de viver.

Isso significa que ao se questionar sobre as necessidades de saúde como objeto do trabalho das práticas profissionais, há que se considerar a inserção dos indivíduos nos diferentes grupos sociais, no modo de produção capitalista, considerando, também, a concepção de saúde que se recorre como orientador das práticas, como um dos elementos do processo de trabalho, o saber instrumental e a finalidade do trabalho.

A proposta do SUS comporta a concepção ampliada de saúde que, no enfoque da saúde coletiva, pressupõe a determinação social do processo saúde-doença. Esse enfoque segundo Stotz (2001) é potente para alimentar processos de trabalho que visem atender necessidades de saúde individuais e de grupos sociais, respondendo no âmbito das raízes dos problemas, dos determinantes.

Essa compreensão de necessidades de saúde permite pensar sobre uma assistência em diferentes dimensões que se aproxima da integralidade, apontada nos ideários do SUS. Isso significa que, ao se considerar o trabalho das práticas profissionais a partir de necessidades de saúde, recorta-se o processo saúde-doença em sua relação com outros processos de relações sociais que estão na base da experiência de viver o cotidiano, conforme a compreensão de Canguilhem (1971) e Berlinguer (1988), que defendem a idéia de que a saúde/doença diz respeito a um estado individual/coletivo reconhecido em relação às condições de vida e trabalho dos sujeitos. Ou seja, os autores se referem às possibilidades de vida, aos meios que as classes trabalhadoras encontram à disposição na sociedade, que tanto pode favorecer a produção da saúde como a da doença. Disso decorre a importância do encaminhamento dos movimentos políticos na área da saúde, das reivindicações e propostas no âmbito das políticas públicas que devem ter potencial para impactar o cotidiano, as condições de vida e de trabalho das camadas populares mais desfavorecidas no sistema capitalista, pela via da saúde.

Assim, a integralidade de acordo com Cecílio (2001) pode ser focalizada como

aquela que se reconhece, nos diversos serviços de saúde, fruto do esforço de equipes multiprofissionais. Nesse espaço, ela é visualizada pelo compromisso dos profissionais com a escuta para identificar as necessidades de saúde dos clientes. Uma segunda dimensão dessa idéia é a integralidade ampliada, resultado da articulação de cada serviço com uma rede complexa composta por outros serviços e instituições.

Todavia, por ser um objetivo da rede, a integralidade não se realiza totalmente somente no esforço individual, razão pela qual é preciso não só repensar a estrutura piramidal dos serviços de saúde, como entender que a integralidade – e a escuta atenta para identificar as necessidades de saúde – é um compromisso de todos os profissionais, mesmo aqueles considerados finais e superespecializados (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Como prática social, o trabalho em saúde organiza-se para atender necessidades de saúde. Entretanto, como salientam Silva e Formigli (1994), as práticas profissionais podem ou não corresponder às necessidades concretas dos grupos sociais. Segundo essas autoras, as relações entre as necessidades de saúde e as práticas de cuidado podem ser apreendidas a partir dos significados econômicos, políticos e ideológicos de tais práticas, captados em sua historicidade, em sociedades concretas. Podem ser apreendidas ainda pelos resultados que produzem, ou seja, da capacidade de produzir modificações nos perfis de saúde-doença de uma dada população.

Ao discutir a correspondência entre necessidades de saúde e o arcabouço jurídico-político e institucional criado para atendê-las, Stotz (1991, p. 136) propõe que se utilize um conceito normativo de necessidade que possa ser operacionalizado de modo a “expressar a dialética do individual e do social”. Isso significa que o problema de saúde/doença individual, identificado pelo profissional no serviço é compreendido como a representação de uma necessidade derivada de condições de vida social, mas formuladas por um sujeito. Por isso as necessidades de saúde medeiam a práxis social em relação à vida em sociedade, por expressar ao mesmo tempo carências individuais e necessidades coletivas dos sujeitos de necessidades. O enfoque pensado por Stotz traduz as necessidades de saúde em problemas dos sujeitos individuais/coletivos, operacionais, porque passíveis de solução. Dispensa os diagnósticos objetivos da ciência positivista que avalia e controla pelo emprego de indicadores do planejamento clássico.

Assim, as necessidades de saúde “são mais do que a ‘falta de algo’ para se ter saúde”. Reduzidas a uma falta, elas se referem apenas aos aspectos fisiopatológicos, ao corpo/mente “disfuncional” ou “inadaptado”. Todavia, as necessidades de saúde enquanto

processo histórico relativo “a certas condições sociais, são potencialidades [...] na medida em que as carências comprometem, motivam e mobilizam as pessoas” (STOTZ, 1991 p. 451).

Cecílio (2001, p. 116) considera que as necessidades podem funcionar como “*analisadoras*” das práticas em saúde, uma vez que, para o autor, a integralidade operacionalizada nos serviços de saúde pode ser definida como “o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível [...] necessidades sempre complexas, [...] captadas em sua expressão individual.”.

Para Mandú e Almeida (1999, p. 57), ao se refletir sobre as necessidades em saúde é preciso considerar o modo como elas se apresentam no nosso sistema social, o que implica considerar tanto o âmbito da produção e satisfação das necessidades como o âmbito da relação de trabalho com o sistema de necessidade.

De acordo com os últimos autores, o entendimento da organização e funcionamento de sistemas e práticas locais em termos das possibilidades de reconhecimento e enfrentamento de necessidades de saúde torna-se fundamental a compreensão do modo como a organização tecnológica do trabalho em saúde se articula à realidade de um dado território. Visando à compreensão da dinâmica e dos mecanismos envolvidos nesses processos, o estudo descreve e analisa a experiência dos trabalhadores das equipes, uma vez que a implantação e consolidação do SUS têm entre seus limites o modo como os sistemas, os serviços e as práticas de saúde se organizam, no nível local, para o atendimento às reais necessidades de saúde da população.

Segundo Campos (2006), a organização dos sistemas de saúde está vinculada a fatores de ordem política (estrutura e gestão do sistema, financiamento, participação e controle social), administrativa e gerencial (planejamento e organização de recursos materiais e humanos), socioeconômica (condições de vida, trabalho, renda e capacidade reprodutiva das populações) e culturais (valores, crenças, comportamentos e práticas da população e dos profissionais de saúde), entre outros. Neste estudo, nos ativemos ao reconhecimento e análise das necessidades de saúde, para os processos de trabalho pensando contribuir para a compreensão de que os processos de trabalho em saúde se estruturam para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população.

Consoante ao exposto, é oportuno destacar a correlação entre criança vitimizada e suas necessidades ampliadas de saúde, pois, conforme afirma Mattos (2001), ainda existe a influência da assistência voltada, sobretudo, para o diagnóstico e para o tratamento das

doenças, situação na qual o processo de trabalho do profissional de saúde tende a estar direcionado apenas para as necessidades orgânicas da criança. Assim, parece não haver um interesse manifesto na saúde mental da criança, o que resulta em uma visão fragmentada e reducionista da equipe ao privilegiar as dimensões biológicas em detrimento dos aspectos psicológicos e sociais. Desse modo, as demais necessidades da criança muitas vezes são negligenciadas devido à escuta e ao olhar limitados pelo enfoque adotado pela equipe, o que dificulta a identificação e o encaminhamento adequado dos casos de violência à criança.

Portanto, a assistência integral à criança vitimizada implica na construção de práticas pautadas nas necessidades ampliadas em saúde. Nessa perspectiva, o atendimento à criança deve considerar as suas dimensões biopsicossociais, o que pode ser praticado nos serviços de referência com ações de saúde sintonizadas às necessidades de saúde da criança e ao contexto específico de cada encontro. Desse modo, o setor saúde poderá passar a identificar um maior número de casos de violência à criança e, a partir da compreensão e assimilação dos vários sentidos da integralidade por parte de profissionais de saúde críticos e reflexivos, poderemos realizar uma prática profissional na assistência à criança como direito de cidadania.

Tal perspectiva foi possibilitada pela consagração da Constituição cidadã de 1988, em decorrência do movimento pela reforma sanitária. Desde então, a área da saúde no país tem operado mudanças jurídicas, legais e institucionais, como reconhecimento da necessidade de transformação do modelo de assistência hegemônico. Isso significa uma possibilidade de adoção de novos conceitos e práticas na área da saúde, que perpassa a concepção do processo saúde-doença, a organização dos serviços, os processos de trabalho, ou seja, o conjunto de intenções e práticas que conformam a categoria que se designa como modelo de assistência. Essa conquista da sociedade brasileira materializou-se na definição legal de saúde, como parte do novo projeto político depois da ditadura militar, ao considerar a saúde um direito de cidadania, definida na Constituição da República em seu Art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação (BRASIL, 1988, p.117).

Desse modo, o conceito de saúde transcende a assistência tradicional de enfoque na exclusividade biológica da determinação do processo saúde-doença voltada, sobretudo, para o diagnóstico e para o tratamento de doenças. O novo enfoque permite relacionar a saúde

a aspectos qualitativos, como a elevação da qualidade de vida do ser humano. Essa visão ampliada de saúde fortalece a idéia de atenção integral, permite a elaboração de políticas públicas para o exercício da cidadania, com a finalidade de promoção da saúde e da vida da população brasileira das classes sociais desfavorecidas.

Com base nesse novo enfoque, as ações e os serviços públicos de saúde devem estar sintonizadas com as diretrizes básicas do sistema de saúde, sintetizados nas categorias, descentralização, através da política de municipalização das ações e serviços de saúde; integralidade, que indica o atendimento integral, no qual priorizam as atividades preventivas, sem prejudicar os serviços assistenciais; e o controle social, conceito que assegura a participação da comunidade mediante os conselhos e conferências de saúde, ampliando-se as possibilidades de participação social.

Contudo, Mattos (2004) afirma que dentre os princípios e diretrizes do SUS, a integralidade atingiu menor visibilidade na trajetória do sistema e de suas práticas, pelo pouco empenho político-institucional dessa diretriz em relação às demais. No que concerne à universalidade, por exemplo, o acesso aos serviços e ações de saúde cresceu consideravelmente comparando-se com a década de 1970, quando o acesso era restrito apenas aos que contribuam com a previdência social. A organização da sociedade transparece na criação de conselhos e conferências de saúde refletindo a adoção de mecanismos institucionais implantados para garantir a participação popular.

A integralidade é um princípio constitucional que não é mais importante do que os outros, mas os desafia na medida em que possui característica de transversalidade em relação aos demais princípios (PINHEIRO apud MACHADO, 2006), expressando, portanto, a importância de compreender os indivíduos/coletividades em suas particularidades e necessidades coletivas.

Esse enfoque é reforçado em virtude de a integralidade ser um termo polissêmico que envolve um conceito amplo podendo ser compreendida sob diferentes significados. Um dos sentidos da integralidade é abordado por Fiorin e Barros (2003), para quem se trata de um termo plural, ético e democrático que tem o dialogismo como um dos elementos constitutivos e a prática como resultado do embate de muitas vozes. Portanto, quando a integralidade é eficaz, a função dialógica pode produzir efeitos de polifonia, isto é, as vozes se deixam escutar e, quando ela é ineficaz, leva ao efeito de monofonia, havendo apenas uma voz no diálogo, conforme afirma Pinheiro e Guizardi (2004, p.22), “tendo um apenas com poder de decidir acerca da saúde que se quer e se deseja ter e ser”.

Portanto, a qualidade da assistência perpassa também pela habilidade de comunicação, pois ela se configura como meio para que as necessidades do paciente e do familiar sejam conhecidas e satisfeitas, caracterizando o que se chama cuidado emocional. Para que se estabeleça um cuidado emocional é necessário:

[...] sermos bons ouvintes, expressando um olhar atencioso, tocando e confortando os nossos clientes, e recuperando a sua auto-estima. Quanto aos efeitos comportamentais do tocar, olhar e do ouvir, estes apresentam contribuição essencial à segurança, proteção e auto-estima de uma pessoa (ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2004, p. 296).

Nesse contexto, o sujeito é compreendido como ser real, autêntico, que possui necessidades e valores peculiares. Trata-se do ser que é capaz de transformar a sua própria história e é responsável pelo seu próprio devir. Embora essa seja a concepção de sujeito defendida no pensamento sanitário, ela “não está em sintonia com os principais valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade” (AYRES, 2001, p. 65).

O segundo sentido que a integralidade manifesta é de prática social, tendo em vista a diversidade e a pluralidade da realidade social e o reconhecimento de suas diferentes visões de mundo dos sujeitos envolvidos. Trata-se então de uma prática inevitavelmente política, pois se refere aos “modos de andar a vida” dos indivíduos (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Através do trabalho, o indivíduo ao mesmo tempo em que se afirma enquanto sujeito, modifica o mundo, a si mesmo, altera o seu modo de estar na realidade objetiva e de percebê-la. Constrói a sua própria história (KONDER, 1992). Voltando nosso olhar para a área da saúde da criança vitimizada, é necessário ao profissional de saúde buscar ampliar sua compreensão da importância da integralidade para a assistência, além de ter uma visão crítica e reflexiva da realidade realizar um processo de trabalho em consonância com as necessidades de saúde e como práxis.

Konder (2006, p.43) declara a relevância da teoria e da prática, ao afirmar que “a gente depende, em última análise, da prática – especialmente da prática social – para verificar o maior ou menor acerto do nosso trabalho com os conceitos (e com as totalizações)”. O autor conceitua a práxis como:

[...] é a atividade concreta pela qual os sujeitos humanos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e, para poderem alterá-la, transformando-se a si mesmos. É a ação que, para se aprofundar de maneira mais conseqüente, precisa da reflexão, do autoquestionamento, da teoria; e é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática (KONDER, 1992, p. 115).

No contexto da práxis, a assistência à saúde comporta uma ação integral que produz conseqüências em várias dimensões, entre as quais destacamos as que se manifestam influenciando os processos de trabalho e que se realiza através de atitudes que expressam o reconhecimento da dignidade e o respeito para com o outro que se põe ao nosso cuidado. Assim, o trabalho pode ser desenvolvido com a qualidade que o cuidado requer a partir do acolhimento, estabelecimento de vínculos e busca de respostas para os sofrimentos (PINHEIRO e GUIZARDI, 2004). Nessa medida, concordamos com Lacerda e Valla (2004, p.95) para quem o cuidar consiste em “uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e pelas suas histórias de vida”.

Pinheiro e Guizardi (2004) associam o conceito de integralidade mais à noção de cuidado do que à de intervenção, uma vez que os procedimentos e as técnicas tornam-se secundárias em comparação às relações estabelecidas entre os sujeitos. Portanto, para construirmos um sistema de saúde pautado em relações de cuidado, deve-se evitar a mercantilização e a objetivação da vida.

Admitindo esse referencial, Ayres (2001) refere-se à concepção de intervenção como estando relacionada a posturas limitadas como aos atos de curar, tratar, controlar. O autor afirma que “todas estas práticas supõem, no fundo, uma relação estática, individualizada e individualizante, objetificadora, enfim, dos sujeitos-alvo de nossas intervenções” (AYRES, 2001, p. 70). Objetivando a superação desse modelo, Ayres (2004) evidencia propostas de humanização das práticas de saúde que visem à reconstrução ética, política e técnica do cuidado em saúde que possam ser contrários ao caráter central das tecnociências da saúde e acrescenta:

[...] humanização não pode ser equacionado como a necessidade de “mais tecnociência”, nem tampouco de “menos tecnociência”, mas sim como o interesse por um progressivo enriquecimento de reconhecimento e reconstrução das relações entre os fundamentos, procedimentos e resultados das tecnociências da saúde e os valores associados à felicidade a cada vez reclamados pelos projetos existenciais de indivíduos e comunidades (AYRES, 2005, p. 5).

Essa forma de assistência pode ser concebida como uma das diversas dimensões da integralidade. Trata-se da “integralidade focalizada”, pois ela é desenvolvida no espaço delimitado de um serviço de saúde. Nessa perspectiva, alcançar uma maior integralidade possível na abordagem profissional implica no desenvolvimento de ações ancoradas no trabalho multidisciplinar. Assim, “a máxima integralidade (possível) da atenção, pautada pelo (melhor) atendimento (possível) às necessidades de saúde portadas pelas pessoas: uma síntese das pretensões da integralidade no espaço da micropolítica de saúde” (CECÍLIO, 2001, p. 117).

Esse tipo de assistência pode ser reportado aos profissionais que lidam de algum modo com as situações que envolvem os maus-tratos à criança, a exemplo dos Conselheiros Tutelares, do poder público e, em particular, os profissionais da saúde como enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais. Para estes, é imprescindível o trabalho interdisciplinar, “efetuando trocas, ampliando seus horizontes e revendo as condutas que vêm sendo utilizadas neste tipo de situação, em relação ao tratamento deferido à criança, bem como à sua família” (BIASIL; PENNA, 2004, p. 435).

O terceiro sentido da integralidade diz respeito à articulação dos serviços de saúde, do modo que ela seja pensada no “macro”, ou seja, em rede. Nesse enfoque, segundo Oliveira et al (2004), as instituições governamentais e não-governamentais e a comunidade constituem-se diretrizes que norteiam a rede de proteção.

Diante da análise precedente e considerando a ampliação do conceito de saúde a partir da constituição do SUS, podemos compreender que as *práticas de saúde* devem responder aos problemas e às necessidades por saúde no sentido de profundidade ampliada, não se restringindo apenas à doença. Significa compreender o modelo de saúde que se baseie na concepção de que o processo saúde-doença se constitui como reflexo do modo como os grupos se inserem na reprodução social.

Assim, o quarto sentido que caracteriza a integralidade é a apreensão ampliada das necessidades de saúde, bem como o reconhecimento da necessidade de adequação da oferta ao contexto específico de cada encontro estabelecido entre o sujeito que necessita de cuidados e a equipe de saúde (MATTOS, 2004). Para tanto, é fundamental considerar o indivíduo nas suas diversas dimensões, buscando a superação do modelo biomédico que, por ser fragmentário e reducionista, valoriza as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento de outras dimensões como as psicológicas, sociais, históricas e culturais.

Nesse sentido, observa-se que, histórica e hegemonicamente, as ações de saúde têm sido determinadas por intervenções que implicam no exercício do poder-saber técnico que tem o outro (comunidade, paciente, família, etc.) como objeto de intervenção e, portanto, desprovido de singularidades e laços, sobretudo, com o social. Isso pôde ser observado, por exemplo, durante a vigência de um modelo hegemônico de saúde, o sanitarismo campanhista, por suas atividades reguladoras e estilo repressivo de atuação, especialmente durante as seis primeiras décadas do século XX, bem como no período de dominância do modelo médico-assistencial privatista, nas décadas de 1960 a 1980.

Dentre as características desse modelo assistencial, destaca-se que ele está voltado apenas para o atendimento da “demanda espontânea”, ou seja, aos usuários que buscam por iniciativa própria os serviços de saúde, tendo como base seus próprios conhecimentos e sofrimento. Desse modo, os indivíduos e grupos populacionais que não identifiquem a existência de problemas de saúde e que não estejam atentos para a prevenção das doenças não chegarão a ser atendidos pelo sistema de serviços de saúde. Portanto, o modelo médico-assistencial privatista, que abarca tanto o setor público quanto o privado, é “predominantemente curativo, tende a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade e não se compromete com o impacto sobre o nível de saúde da população” (PAIM, 1994, p. 473).

Portanto, o atendimento em saúde que se baseia na “demanda espontânea” tende a limitar-se às queixas apresentadas pelo usuário / família, ou seja, aos aspectos orgânicos. Essa postura dificulta a identificação ou suspeita dos casos que envolvam a violência doméstica à criança. É o que indica estudo realizado por Moura e Reichenheim (2005) ao revelar que as oportunidades perdidas de detecção para situações de violência apontam para a necessidade de ajustes na abordagem da violência familiar em serviços de saúde. Desse modo, verificamos a necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea de forma que se aproveite “as oportunidades geradas por esta para a aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, assim como o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade” (GOMES; PINHEIRO, 2005, p. 290).

Nesse enfoque, compreendemos que a atenção integral à criança vitimizada implica também no cuidado à sua família, em especial uma atenção voltada para o agressor como uma das alternativas no sentido de evitar o aumento da violência intra e extra-familiar e de melhorar a qualidade de vida das crianças e das famílias.

Estudo realizado por Brito et al. (2005), ao avaliar os resultados do acompanhamento de famílias pelo Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI–Rio Preto), revela que 80% destas referiram a diminuição ou não ocorrência mais de comportamento abusivo dos adultos para com as crianças e adolescentes. Conforme afirmam Biasil e Penna (2004), muitos dos indivíduos que agredem a família e em especial a criança, quando na infância ou adolescência, presenciaram ou foram vitimizados por violência e maus-tratos, constituindo-se esta uma forma de aprendizagem para a resolução dos seus conflitos.

Apesar da dimensão desse problema, existe ainda uma carência nos trabalhos desenvolvidos com os agressores, a exemplo de atendimentos psicológicos, como forma de contribuir com a mudança de comportamento dos mesmos e, possivelmente, com a quebra do ciclo da violência. Em face dessa realidade e buscando uma atenção integral à criança vitimizada e à sua família, reportamo-nos às idéias dos autores abaixo:

Torna-se, portanto, imprescindível discutir e trabalhar de maneira interdisciplinar as formas de tratamento dispensado à criança e também à família, pois quem agride está doente e precisa ser tratado, e quem sofreu a agressão necessita de tratamento para que não adoça e assim venha a praticar os mesmos desatinos num futuro próximo (BIASIL; PENNA, 2004, p. 435).

Corroborando essa assertiva, pesquisa realizada por Garbarino et al. (1988 apud DESLANDES, 1999) sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes revela que a maioria dos casos de violência tende a se repetir com igual ou superior gravidade se nenhuma ação for desenvolvida que interrompa a sua dinâmica.

Desse modo, além dos quatro sentidos mencionados por diversos autores sobre a integralidade descritos anteriormente, consideramos neste estudo o pensamento de Mattos (2004) que atribui outros três significados para o termo integralidade: a) o sentido no qual a integralidade articula as ações de cunho *preventivo com as assistenciais*, por meio das políticas de saúde que visem atender a certos problemas de saúde; b) a integralidade com o significado que se refere aos aspectos relacionados à *organização dos serviços de saúde*; c) a integralidade como conceito que diz respeito aos atributos das *práticas de saúde*, os processos de trabalho.

No que diz respeito à integralidade com o sentido da superação da dicotomia entre as *ações preventivas e assistenciais*, a Constituição Federal e a Lei 8.080/90 que regulamenta

o SUS apresenta algumas considerações a respeito. O Art. 198, II da Constituição Federal determina que, em termos de saúde, haja “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. De acordo com esta descrição, Narvai (2005) afirma que as atividades preventivas e os serviços assistenciais estão subordinados ao atendimento, sendo este compreendido como a assistência ao indivíduo. Campos (2003) considera esse trecho constitucional uma contradição tendo em vista a abrangência do conceito de integralidade.

Diante da trajetória da atenção à saúde no Brasil, na qual as organizações do setor dividiam suas ações médico-assistenciais e preventivas de maneira desigual, a prioridade atribuída à prevenção no texto constitucional possui uma conotação política na medida em que “busca resgatar a enorme dívida do sistema de saúde diante da prevenção das doenças da população brasileira” (CAMPOS, 2003, p. 7).

Nessa perspectiva histórica, observa-se que, a partir da década de 50, a assistência clínica se organizou em hospitais da previdência social direcionados para a atenção aos trabalhadores do mercado formal, adotando-se o modelo de saúde americano, com o uso indiscriminado de tecnologia, numa visão de saúde hospitalocêntrica, caracterizada pelo alto custo e pelo atendimento médico, especializado e individual (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001). Apenas no final da década de 1970, iniciou-se o processo de integração do sistema dualista, pois existiu, como indica Campos (2003, p. 8), “uma histórica dicotomia entre as ações de caráter hospitalar e curativo, de um lado, e as ações do campo da saúde coletiva, de cunho mais preventivo e coletivo, de outro”.

Para enfrentar essa dicotomia, a lei orgânica de saúde (lei 8080/90) permite uma compreensão mais intensa com relação à categoria da integralidade por apresentar as seguintes referências: Inicialmente no Art. 3 ao incluir dentre os objetivos as ações de “assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”. No Art. 6, ao garantir na esfera de atuação do SUS a “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. O Art. 7, II define que as ações realizadas nos serviços públicos ou nos serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS devem ser desenvolvidas com base no princípio da “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Com esse sentido, Campos (2003) afirma que priorizar a prevenção não significa

necessariamente reduzir custos, pois para se cumprir os objetivos e propostas do Sistema Único de Saúde deve-se atender às demais necessidades de saúde nos níveis mais complexos do sistema. Assim, é possível assegurar o acesso universal e igualitário e contemplar a integralidade por meio de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos.

Diante da análise precedente e com base no movimento de humanização, a integralidade transcende a superação de dicotomias técnicas entre o preventivo e curativo, entre as ações individuais e coletivas, implicando na junção dos distintos saberes e práticas, no cuidado e na atenção dos profissionais de saúde que passam a demonstrar responsabilidade pela pessoa, zelo e dedicação profissional pelo outro que necessita de cuidados (PUCINNI; CECÍLIO, 2004, p. 12).

Abordar a integralidade com o significado relacionado a aspectos da *organização dos serviços de saúde* exige uma breve retrospectiva histórica acerca da influência do Estado nesse processo. Consta-se que, com a Reforma Sanitária (anos 1980 até a primeira metade dos anos 1990), as políticas de saúde no Brasil têm apresentado maior visibilidade das questões de financiamento, de descentralização e de participação social com relação aos aspectos concernentes à organização e à gestão dos serviços de saúde.

De forma semelhante, nesse período dispensou-se maior relevância às questões de natureza jurídico-legal especificamente relacionadas ao direito à saúde e a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como as de ordem político-institucional, principalmente aos problemas de financiamento e gestão do sistema público de saúde. Em contrapartida, “a temática do processo de trabalho em saúde ou a produção social dos serviços, em suas distintas modalidades e formas de organização, foi sendo progressivamente deslocada do centro das atenções” (TEIXEIRA, 2003, p. 258).

Contudo, nos últimos anos tem ocorrido a reorganização de serviços e processos de trabalho em saúde, bem como o desenvolvimento de experiências criativas e inovadoras de gestão nos níveis locais, distritais e municipais. Desse modo, no final da década de 1980 e início dos anos 1990, houve o aumento de experiências que visavam modificações na organização dos serviços de saúde e nas relações entre a oferta, a demanda e as necessidades de saúde da população (TEIXEIRA, 2003).

Essas experiências também podem ser constatadas após a segunda metade dos anos 1990, pois, com a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), cresceram consideravelmente as experiências

inovadoras no “conteúdo das práticas – assistenciais, preventivas ou promocionais, bem como nas relações dos serviços com os diversos grupos da população nas áreas de abrangência dos programas” (TEIXEIRA, 2003, p.259).

A atenção básica tem sido associada a um serviço simples, de baixo custo e que normalmente se utiliza de poucos equipamentos, sendo confundida com medicina “simplista” ou de “baixa qualidade”. Contudo, a prática tem demonstrado que se trata de algo muito mais complexo, pois situações cotidianas que se constituem em casos instrumentalmente simples ou patologicamente mais fáceis podem exigir uma grande complexidade assistencial.

É na atenção primária que normalmente ocorre o primeiro atendimento por uma específica ocorrência mórbida ou por algum tipo de sofrimento, o que exige uma resolutividade de necessidades que transcendem o âmbito da intervenção curativa individual, que são as necessidades básicas de saúde. Estas necessidades denotam ações de cunho sanitário e clínicas, exigindo “alta capacidade resolutiva e ao mesmo tempo alta sensibilidade diagnóstica, para atuar corretamente nas demandas primárias e propor encaminhamentos adequados no interior do sistema assistencial” (SCHRAIBER; GONÇALVES, 2000, p. 36).

Reconhecendo a complexidade que envolve a problemática da violência intrafamiliar e a posição estratégica do PSF na detecção e encaminhamento adequado desses casos, o Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Justiça elaboraram um manual instrutivo para a formação e treinamento de agentes de saúde do PACS e do PSF, norteando também os demais integrantes da equipe de saúde (BRASIL, 2002a).

Apesar dos desafios enfrentados na construção do SUS e, em particular, na garantia da integralidade como direito a serviços no sistema de saúde brasileiro, avanços significativos também têm sido identificados na reorganização de serviços que têm como estratégia o acolhimento e o vínculo (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; TEIXEIRA, 2003). Ademais, é oportuno pontuar que:

O acolhimento associa na forma exata o discurso da inclusão social, da defesa do SUS, a um arsenal extremamente potente, que vai desde a reorganização dos serviços de saúde, a partir do processo de trabalho, até à constituição de dispositivos auto-analíticos e autogestores, passando por um processo de mudanças estruturais na forma de gestão da Unidade (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p.11).

Foi o caso da experiência bem sucedida de Betim, Minas Gerais, em 1995, quando se buscou a inversão do modelo tecno-assistencial para a rede de serviços de saúde, tendo

como base as diretrizes do acesso, acolhimento, vínculo e resolubilidade. Nessa perspectiva, a organização do serviço de saúde se baseou em três pilares: o atendimento a todos os usuários, buscando-se a garantia de acessibilidade universal; a reorganização do processo de trabalho, deslocando-se o eixo central do médico para a equipe multiprofissional; e a qualificação da relação trabalhador-usuário, centrados em princípios humanitários, de solidariedade e de cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Ao analisarmos a integralidade como conceito que diz respeito aos atributos das *práticas de saúde* constata-se que, apesar do crescente desenvolvimento científico e tecnológico, essas práticas na contemporaneidade têm enfrentado uma relevante crise na sua história, diante das limitações para responder satisfatoriamente às complexas necessidades de saúde individuais e coletivas (AYRES, 2004). Trata-se da crise coletiva da saúde ou crise sanitária desencadeada a partir da incapacidade do modelo biomédico em lidar com os complexos fenômenos da contemporaneidade, o que tem acarretado a origem do crescimento das “práticas complementares” (LUZ, 2003).

Na conjuntura da sociedade capitalista atual, podemos questionar até que ponto a instituição saúde, enquanto conjunto de saberes e práticas, estaria ocupando espaços de sentido e de atividades que deveriam ser assumidas por outras áreas do viver social, como a família, a escola, ou organizações sociais específicas. É como se a saúde, por meio de práticas que reinserem o contato físico entre as pessoas, estivessem no lugar das relações de empatia entre os sujeitos. Portanto, “a sociedade civil usa as práticas de saúde como estratégias de ressignificação da vida, de reposição de valores de solidariedade e de atribuição de novos sentidos à saúde, diferentes dos hegemônicos da cultura” (LUZ, 2004, p. 20).

Buscando a superação dessas dificuldades, propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde têm sido difundidas como alternativas viáveis para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil.

No entanto, Silva (2003) considera que uma das principais dificuldades do novo enfoque que o SUS suscita é a contradição que o processo de trabalho do modelo hegemônico permite em relação à desarticulação entre os elementos do processo de trabalho, o objeto, os instrumentos e a finalidade.

No campo da saúde mental, houve influências diversas acerca das iniciativas de humanização, trazendo a tona a questão da subjetividade dos sujeitos e das relações dos profissionais no interior das instituições de saúde. A valorização do conceito de saúde mental

denotou a necessidade de ampliação de categorias profissionais, deslocando a ênfase exclusiva ao discurso médico para uma atenção interdisciplinar, a fim de se construir uma visão integrada do sujeito em sofrimento, respeitando a sua singularidade e sua subjetividade (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

As práticas de saúde, individual e coletiva, que estejam em consonância com o princípio da integralidade, buscarão a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista que essa responsabilização só será efetivada quando ocorrer o acolhimento e o vínculo (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

A atitude de cuidar não se restringe à tarefa parcelar das práticas de saúde, mas abarca a totalidade das reflexões e intervenções na área da saúde. Nesse contexto, o êxito técnico é mais limitado em relação ao sucesso prático (AYRES, 2001). Portanto, a humanização implica não apenas na formulação das políticas de saúde, na gestão dos serviços, na formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, mas também na transformação das ações assistenciais. Diante dessa perspectiva, “no plano operativo das práticas de saúde é possível designar por Cuidado uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial” (AYRES, 2004, p. 22). Ou seja:

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo (AYRES, 2001, p. 71).

Tendo como base esse enfoque, as práticas de saúde se fundamentam no princípio da integralidade e no resgate da autonomia do usuário, ao colocá-lo como centro na relação com os serviços de saúde. Nesse sentido, Campos (2003) afirma que é atribuição do profissional de saúde agir sobre o outro que necessita de cuidado como também “ajudar os outros a se ajudarem. Estimular a capacidade de as pessoas enfrentarem problemas a partir de suas condições concretas de vida” (CAMPOS, 2003, p.70). Assim, é necessária a crença na ação transformadora, tendo “o sujeito como o ser que produz a história, o responsável pelo seu próprio devir” (AYRES, 2001, p. 65). Como se observa, ao se atuar com base no princípio da integralidade:

E indispensável que o profissional tenha mais sensibilidade, escute o outro, saiba o que ele pensa, numa postura que não seja distante e impessoal. E talvez esta postura o leve a expor, clara e diretamente ao paciente, as possibilidades e os limites da intervenção através do serviço de saúde e passe a buscar, de forma criativa, novas possibilidades de superação dos problemas identificados (CAMPOS, 2003, p.17).

Como podemos apreender, o relacionamento interpessoal e a comunicação são instrumentos imprescindíveis para o cuidar. Para tanto, é necessário ver a pessoa com agravos à saúde como um ser que necessita ser envolvido na assistência e não apenas passivo de cuidados (SILVA et al., 2004). Além disso, é notória a interdependência existente entre a integralidade e a humanização do cuidado em saúde.

Em se tratando de crianças vitimizadas, seres em processo de crescimento e desenvolvimento e em estado de vulnerabilidade, o profissional de saúde cujo processo de trabalho esteja pautado na integralidade e humanização do atendimento, buscará atender as suas necessidades de saúde ampliadas.

“A exuberância do conhecimento científico vai, frequentemente, lado a lado com uma total penúria de sabedoria”.

Rubem Alves

3 METODOLOGIA

3.1 Considerações teórico-metodológicas

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratório-descritiva, seguindo a metodologia de abordagem qualitativa, a defendida por Minayo (2006), para quem esse tipo de investigação visa a compreensão da natureza como um fenômeno social, tendo como foco situações complexas ou específicas e se destinam a “grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discurso e de documentos” (MINAYO, 2006, p. 57).

Trata-se de um caminho metodológico adequado ao nosso objeto de estudo, as necessidades de saúde que orientam os processos de trabalho das crianças vitimizadas por violência doméstica que orientam o trabalho das práticas profissionais em saúde, uma vez que procuramos compreender o significado que tais necessidades representam para os processos de trabalho da equipe de saúde que assiste à criança vitimizada por violência doméstica em um serviço público de saúde, da cidade de João Pessoa-PB.

No sentido de aprofundar o conhecimento acerca do fenômeno da assistência à saúde da criança vitimizada por violência doméstica, no município em estudo, buscamos apreender o significado que se revela nos discursos dos profissionais de saúde sobre suas concepções a respeito das necessidades de saúde / saúde mental da criança, bem como identificar as necessidades que orientam os processos de trabalho da equipe de saúde, por ocasião da assistência por eles prestada no cotidiano de suas atividades profissionais.

A opção por essa abordagem ancora-se, ainda, na compreensão de que as instituições públicas, entre as quais se encontram as instituições de saúde, são produzidas na prática social concreta, assumindo significados com base nas tramas que os sujeitos constroem no tecido social, por meio do trabalho socialmente organizado, como o trabalho das práticas profissionais para produzir saúde/saúde mental das crianças. Nessa atividade, os sujeitos sociais produzem também as contradições que impulsionam ou retardam as transformações nessa área específica de conhecimento e da atividade humana.

O trabalho é uma categoria sociológica de análise caracterizada por Konder (1992) como a substância dos valores por ser um mediador para a alteração da natureza, do mundo e do ser humano, ou seja, por concretizar as potencialidades do ser social e das forças essenciais que movem os seres humanos para a ação.

Portanto, a perspectiva teórico-metodológica deste estudo apresenta potencial para

abranger a análise da articulação entre aquilo que se anuncia na política de assistência à criança e o que se realiza na prática profissional, como trabalho para efetivá-la, a partir de alguns pressupostos como: a compreensão do trabalho como práxis, momento de síntese da teoria e da prática, desencadeado a partir de necessidades produzidas socialmente; o reconhecimento do caráter democrático que a política de saúde, traduzida na proposta do SUS, apresenta na atualidade; o entendimento de política como um conjunto de teorias e práticas que se materializam nos processos de trabalho. Esses campos explicativos ofereceram potencial à análise do material empírico deste estudo.

3.2 Cenário da Pesquisa

Este estudo foi realizado no município de João Pessoa – PB, em um Hospital Público do Estado da Paraíba, durante os meses de maio e junho de 2007. João Pessoa é a capital do Estado com uma população de 672.081 habitantes. O Município possui uma área total de 210,45 km² (0,3% da superfície do Estado da Paraíba), tem atualmente 64 bairros com uma área bruta de 160,76 km² (IBGE, 2006).

Apesar de despontar como a cidade de melhor qualidade de vida entre os municípios do Estado, João Pessoa possui problemas sociais comuns aos das grandes metrópoles do país. Em termos absolutos, a cidade cresceu mais do que todas as cidades paraibanas, sendo 100 mil pessoas a mais, em 10 anos, atingindo o ritmo de crescimento populacional de 2,08% ao ano. As mulheres constituem a maioria (53%) e os homens (47%). Existem pouco mais de 170 mil famílias, com uma média de 3,48 pessoas por domicílio, o que expressa uma redução da família, uma vez que, na década de 70, o número médio de pessoas por família chegou a 05 pessoas. A proporção de domicílios com crianças de até 14 anos com rendimento domiciliar de até ¼ do salário mínimo chegou a 16,4% e para crianças de 0 a 6 anos chegou a 16,7% (IBGE, 2006).

O município de João Pessoa conta com oito hospitais que atendem crianças. Destes, apenas cinco se destinam ao atendimento conveniado com o SUS, um de caráter filantrópico e dois da rede privada. A atenção dos gestores dos serviços públicos com a temática da violência contra a criança e o adolescente tem sido mais recente, somente a partir de 2001 um desses hospitais foi indicado como referência estadual para o atendimento

específico ao público infanto-juvenil.

O hospital escolhido para ser o cenário deste estudo é a mais recente instituição hospitalar da rede pública de saúde inaugurada nesta capital, em 20 de julho de 2001, considerada de referência em Urgência e Emergência no nosso estado e, segundo Mendonça (2004), o melhor no nordeste brasileiro na sua especialidade. Essa escolha facilitou o desenvolvimento da pesquisa uma vez que, por se tratar de um hospital indicado como Serviço Integrante da Rede Estadual de Assistência a Vítimas de Violência (Maus-tratos e Abuso Sexual Infanto Juvenil), desde 18 de fevereiro de 2004, mediante Portaria Nº 058/04, os profissionais de saúde lidam cotidianamente com a possibilidade de atender casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos infantis, enfoque que coincide com um dos requisitos para o recorte do objeto deste estudo.

A pediatria do referido hospital interna crianças de até 14 anos de idade e possui três enfermarias clínicas, cada uma com quatro leitos e uma Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica (UTIP) que dispõe de três leitos, totalizando 15. O hospital conta também com a Unidade de Tratamento de Queimado (UTQ) disponibilizando quatro leitos específicos para crianças. A Emergência Pediátrica e a Urgência Pediátrica, ambas situadas no andar térreo da instituição, são destinadas ao atendimento inicial dos pacientes. A emergência possui seis leitos destinados à observação das crianças.

É oportuno ressaltar que a referida instituição constituiu um Comitê de Monitoramento na Assistência a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência desde maio de 2005, composta por membros da equipe multidisciplinar (Médico Pediatra, Enfermeiro, Psicólogo e Assistente Social). Contudo, apesar de ser referência, o hospital não dispõe ainda de um Banco de Dados referente aos atendimentos à criança vitimizada, situação que justifica também a oportunidade desta pesquisa.

3.3 Os sujeitos da investigação

Constituíram os sujeitos desta pesquisa os profissionais da equipe de saúde que trabalham na Enfermaria Pediátrica da referida instituição que, quando contatados, aceitaram participar da pesquisa, de modo que a investigação contemplou um profissional de cada categoria (Assistente Social, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Nutricionista, Médico e Psicólogo). Consideramos o critério de tempo mínimo de 01 (um) ano

de atuação do profissional no serviço e o critério da acessibilidade para o contato, uma vez que, segundo Gil (1999, p.104), nesse tipo de método, “o pesquisador seleciona os elementos a quem tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo.”

Convidamos, em dias distintos, um profissional de cada categoria que estivesse em serviço por ocasião da investigação. Apenas um profissional se recusou a participar da pesquisa, tendo sido feito o convite a outro profissional da mesma categoria no dia seguinte. Na seqüência, foram agendadas as entrevistas, as quais foram realizadas preferencialmente fora do ambiente hospitalar com dia e horário previamente marcados. Esclarecemos que o fato da investigadora trabalhar na instituição pesquisada facilitou o acesso aos profissionais entrevistados.

3.4 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Essa pesquisa foi realizada conforme os preceitos da Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no tocante aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética do CCS-UFPB sob o protocolo n° 1065/07, mantivemos o contato individual com cada profissional explicando-lhe os objetivos da pesquisa, bem como sobre os aspectos éticos dispostos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Após o seu consentimento em participar do estudo, com a sua assinatura no referido documento, iniciamos o processo da entrevista. Para cada entrevistado foi escolhido um número aleatório como forma de garantir o seu anonimato.

3.5 A fonte do material de análise

Além do material produzido pelas entrevistas, utilizamos documentos na análise, como os que tratam da legislação sobre o tema violência contra a criança e os que anunciam a política de saúde em geral e saúde da criança, as normas e os regulamentos da instituição cenário do estudo. Tais documentos contribuíram para a compreensão do objeto deste estudo, além do material empírico que foi produzido por meio da técnica de entrevistas. Para tanto, foi elaborado como instrumento de pesquisa um roteiro de entrevista semi-estruturado,

composto por dois itens: o primeiro referente aos dados para identificação dos sujeitos e o segundo referente às questões da pesquisa. Estas corresponderam a quatro questões abertas (Apêndice B).

As entrevistas ocorreram individualmente e os depoimentos foram gravados em meio eletrônico e transcritos em sua íntegra. Os textos foram lidos exhaustivamente, codificados e agrupados por coincidência/divergência temática para análise. O enfoque tem como princípio básico reconhecer no texto, a partir de figuras (dimensão mais concreta), os temas (dimensão mais abstrata), ou nível temático, que são as posições ideológicas que existem na sociedade sobre o assunto em pauta ou os significados com os quais o sujeito discursista se articula, no sentido de sua aproximação ou distanciamento. Essa identificação é realizada quando, ao longo do discurso, a reiteração de figuras e temas por redundância, por repetição e por recorrência de traços semânticos, indicam os temas ou conceitos aos quais o sujeito discursista se refere explicitamente, alude ou se identifica.

Para se perceber a reiteração, segundo essa técnica, agrupamos os elementos significativos, figuras ou temas que se confirmam num mesmo plano de sentido. Ao percorrer o texto inteiro, tentamos localizar todas as recorrências, isto é, todas as figuras e temas que conduziam ao mesmo bloco de significação. A identificação com os diversos temas elucida valores, crenças, anseios, expectativas dos sujeitos discursistas que revelam a visão de mundo do enunciador. Desse modo, o texto pode ser compreendido como um tecido no qual procuramos a organização dos seus fios, suas tramas, ou seja, o arranjo que lhes confere significado no tecido social.

Os temas relacionados com o objetivo deste estudo foram identificados e confrontados com o referencial teórico pertinente para subsidiar a fase seguinte da investigação que foi a busca dos significados do material empírico que caracteriza o momento de análise e discussão propriamente ditas.

3.6 Análise e discussão do material produzido

O material produzido em campo, bem como os documentos oficiais necessários ao exame para o desenvolvimento desta pesquisa foram analisados mediante a técnica de análise do discurso proposta por Fiorin (1998; 1999). Nesse enfoque, a análise do discurso pode ser

utilizada como ferramenta para compreender textos ou produzi-los, com vistas a conhecer objetos de estudos específicos, como os da área da saúde/saúde mental da criança. O autor pressupõe que o texto é uma organização dotada de mecanismos de coerência, nos quais se podem perceber as visões de mundo dos sujeitos discursistas a partir da identificação de temas, cujos significados vão orientar a produção das categorias empíricas com as quais os pesquisadores trabalham.

Segundo Fiorin (1999), a linguagem e o trabalho são categorias que transformam a realidade e somente o ser humano exerce domínio sobre elas e, por meio delas, desempenha o poder criador e transformador do mundo. O mesmo autor afirma, também, que as palavras têm um valor conotativo, figurado e um valor próprio, o denotativo. Por isso, as categorias da linguagem são diferentes das categorias da realidade. Diferença essa determinada conforme sua maior ou menor proximidade da realidade (valor de concretude). Acrescenta que os textos de maior valor de concretude, os figurativos, têm a função de simular, criar mundos de linguagem, enquanto os textos de menor valor de concretude, os textos temáticos, exercem a função de explicar esse mundo. Ainda, segundo o mesmo autor, a importância da análise do discurso decorre da possibilidade de se examinar, nas criações da linguagem, as histórias que o ser humano produz e nelas perceber seus valores e o significado atribuído às dimensões que compõem os universos da realidade dos seres humanos de cada momento histórico.

Nesse enfoque, o discurso é uma posição social e é esta que se deve analisar, pois segundo Fiorin (1998, p. 77):

a análise do discurso vai, à medida que estuda os elementos discursivos, montando por inferência a visão de mundo dos sujeitos inscritos no discurso. Depois mostra o que é que determinou aquela visão nele revelada. A análise embora não negue a relativa autonomia do discurso, não o vê como uma autarcia, pois, a chave para sua inteligibilidade última não está nele mesmo, mas na formação ideológica que o governa. As determinações últimas do texto estão nas relações de produção. O itinerário pelo discurso não se esgota no interior do próprio discurso, mas se projeta na história. É preciso levar em conta o intertexto para ler o texto.

De modo que:

enquanto o discurso é a materialização das formações ideológicas, sendo por isso determinado por elas, o texto é unicamente o lugar de manipulação consciente, em que o homem organiza, da melhor maneira possível, os elementos de expressão que estão à sua disposição para veicular seu discurso. O texto é, pois, individual, enquanto o discurso é social (FIORIN, 1998, p. 41).

Assim, a técnica de análise do discurso sobre o processo de trabalho orientado a assistência à criança vitimizada por violência doméstica, apresenta-se adequada para este estudo que busca compreender o significado que as necessidades de saúde representam para os processos de trabalho da equipe de saúde do serviço de saúde, cenário deste estudo.

Com base nessa orientação metodológica de análise, identificamos os temas emergentes dos discursos que permitiam a organização dos blocos de significação que orientaram a construção das seguintes sub-categorias empíricas: *As necessidades individuais/sociais das crianças*; e o outro grupo de idéias que tematizam *os desafios para a superação da assistência à saúde da criança vitimizada por violência doméstica*. Ao finalizar essa etapa do processo, identificamos uma categoria maior correspondente ao maior grau de abstração que pode abranger as sub-categorias, qual seja: *A dialogicidade entre as necessidades de saúde e o trabalho da prática profissional na assistência à criança vitimizada por violência doméstica*.

“Mil possibilidades de escuta se abrem quando o conceito de necessidade de saúde é incorporado pela equipe”.

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

4.1 A dialogicidade entre as necessidades de saúde e o trabalho da prática profissional na assistência à criança vitimizada por violência doméstica

Na atualidade, um dos grandes desafios que se coloca para o campo da saúde no Brasil é a consolidação da proposta do SUS, um sistema de saúde que a sociedade brasileira organizada exigiu com uma proposta de Reforma Sanitária e que foi pensado a partir das necessidades de saúde da população. Para refletir a diversidade das necessidades locais e regionais, a proposta do SUS considera uma diversidade de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo o que se compreende por Níveis de Atenção à Saúde.

O trabalho para tal finalidade precisa ser efetivado por equipes de saúde; realizar-se no espaço geopolítico e social do domicílio, na comunidade, e em instituições de trabalho especializados, bem como considerar dimensões qualitativas, entre as quais o acolhimento, o vínculo e a resolutividade. A Atenção Básica de Saúde é de gestão municipal e para impactar a saúde da população na lógica do SUS, os serviços de recuperação da saúde (de média e alta complexidade) precisam abdicar da prerrogativa de porta de entrada no sistema e constituir-se em referência, apoio aos serviços de promoção e proteção da saúde. Isso significa que os serviços especializados assumem, também, uma responsabilidade sanitária. Para tanto, o SUS se constitui como a grande referência e esperança para a ampliação da saúde da população brasileira que depende dos serviços públicos de saúde.

Uma das diretrizes filosóficas do SUS que mais expressa essa dialogicidade é a tematizada na *integralidade da assistência*, sintetizando a noção de que a assistência se refere ao atendimento, simultaneamente, de promoção, proteção e recuperação da saúde por meio da identificação *das necessidades de saúde* de grupos e classes da sociedade que estão expostas aos mais variados riscos e danos à saúde. Nesse enfoque, são consideradas necessidades de saúde desde a mais simples informação para atender, por exemplo, a uma carência da área da educação em saúde, até intervenções de recuperação que requerem procedimentos especializados, portanto, de alta complexidade. Desse modo, a Integralidade e as necessidades de saúde são temas que se relacionam com os processos de trabalho em saúde, cujas concepções se imbricam e se inscrevem nos ideários do SUS e devem se concretizar em cada ação da prática profissional e em qualquer serviço de saúde, mas, somente se completará na rede de serviços.

O novo enfoque opõe-se ao modelo clássico de saúde pública, pautado por oferta de serviços de saúde fragmentados, segundo Santos (2007), tanto pelos vínculos dos repasses, pela demanda dos planos privados, pela seleção na tabela de pagamentos melhor contemplados nos valores, quanto pela concentração nos procedimentos especializados (SANTOS, 2007). A nova lógica do SUS orienta o descolamento da porta de entrada (que ocorria no atendimento de urgências e das especialidades médicas) para as Unidades Básicas de Saúde – UBS – e por meio do Programa de Saúde da Família – PSF, possibilita o fortalecimento dos laços entre os diferentes serviços de saúde com as comunidades, ao mesmo tempo em que permite superar um empecilho para uma aproximação com um dos seus princípios, o da Integralidade, tema que pressupõe uma concretização, na prática, a partir da compreensão e enfrentamento de necessidades de saúde.

Por suas interfaces com uma gama de aspectos e dimensões, as necessidades de saúde são de difícil definição, sendo adotado neste estudo, o conceito de Schraiber e Gonçalves (2000, p. 30), que a elas se referem como sendo a origem da busca, para conhecer “o carecimento, algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu atual estado sócio-vital”. Os autores afirmam ainda que o resultado das intervenções é também reconhecido como necessidades, pois, “o modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços, não será apenas respostas a necessidades, mas, imediatamente, contexto instaurador de necessidades”.

Para Santos (2007), as necessidades da população definem, no novo modelo proposto, as necessidades dos profissionais (por profissão, perfil e quantidade) em cada região, assim como as necessidades de prestadores, equipamentos e outros insumos.

Segundo a Carta de Otawa (1986), o processo de viver em sociedade apresenta riscos e potencialidades que determinarão os processos de manutenção da saúde, adoecimento e morte. Assim, a saúde é construída e experimentada por cada pessoa conforme as condições que determinam os modos de viver o cotidiano. O documento afirma ainda que a saúde é construída, também, pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida e pela luta para que as sociedades ofereçam recursos que permitam a obtenção de boas condições para os seus membros (CARTA DE OTAWA, 1986).

Cada um e todos esses atributos da saúde exigem condições especiais, o que corresponde ao que se denomina como necessidades de saúde. Estas, de modo sintético, segundo Stotz (1991) podem ser agrupadas em dois conjuntos de significados: o que se refere

à carência como falta de algo e, outro, que diz respeito ao desejo de alcançar objetivos, aspirações.

O conjunto que significa carência está associado à dimensão biológica e psicológica, no sentido mais orgânico das faltas. Dessa forma, necessidade de saúde enquanto falta é tudo o que é exigido para a saúde, para o bem-estar de uma pessoa que, quando falta, instala-se um distúrbio interno que provoca um impulso, por exemplo, a necessidade de oxigênio, de alimentação, de estimulação, de amor. Trata-se, portanto, de necessidades associadas diretamente a processos internos, como os viscerais, endócrinos, talâmicos, que surgem na decorrência de seqüências vitais e desencadeiam sensações particulares (BARROS, 2004). Esse conjunto se identifica com o que Heller (1986) atribui ser necessidades radicais e Schraiber e Gonçalves (2000) consideram necessidades “necessárias”.

O segundo conjunto de necessidades de saúde está ligado à dimensão social da produção de bens materiais, bens simbólicos e serviços. Essas *necessidades* estão além das faltas biológicas e são criadas e reproduzidas nas experiências sócio-culturais, muitas vezes, resultantes de estratégias para estimular o consumo, correspondendo ao que Marx (1986) denominou como necessidades alienadas das sociedades capitalistas. Segundo Stotz (1991), a compreensão do significado das necessidades como *aspirações* requer observar os símbolos ou representações, associados a elas, ou seja, a relação entre as necessidades e o modo como as pessoas aspiram bens ou serviços na sociedade. Esse exercício de observação pode revelar a existência de diferentes necessidades, podendo desvendar, também, os mecanismos ideológicos que os grupos sociais hegemônicos criam e que lhes permitem explicar as necessidades alienadas como se elas fossem absolutas ou existissem e reproduzissem-se por si mesmas, e sem as quais não seria possível existir.

Em Heller (1986) a idéia de necessidades humanas está intimamente ligada a um caráter qualitativo, um valor que materializa um espaço político e ético e não como mínimos de subsistência. Ao estudar a teoria das necessidades humanas a partir do pensamento de Marx sobre as necessidades, a autora distingue as necessidades humanas em dois conjuntos: as que se referem às necessidades existenciais ou de conservação da vida e as necessidades propriamente humanas. As primeiras incluem as necessidades de alimentação, necessidade sexual, de contato social e cooperação, são, portanto, relativas à autoconservação e à preservação da espécie, embora nem por isso possam ser consideradas “naturais”, porque são produzidas em contextos sociais. Já as segundas incluem a liberdade, a autonomia, a auto-realização, a atividade moral, a reflexão etc. Identifica ainda um conjunto de necessidades

próprias do capitalismo, as necessidades alienadas, tais como dinheiro, poder e posse de objetos.

Na área da saúde, tais necessidades constituem um tema importante, porque seu conceito se constitui em saber instrumental, em um dos elementos do processo de trabalho, relevante em todo o processo de cuidar, desde sua identificação, problematização e encaminhamentos para seu enfrentamento: planejamento das ações de cuidado, prevenção e promoção e recuperação da saúde.

Nesse contexto, recortamos as necessidades de saúde como categoria de análise para a compreensão da assistência à criança vitimizada por violência doméstica, como ponto de partida na busca da articulação entre o conjunto de intenções, que caracteriza o plano das políticas, com as práticas profissionais, como novo trabalho de saúde, na perspectiva de consolidação do ordenamento legal do SUS, disposto na Lei Nº 8080/90. A teoria das necessidades justifica-se, por seu caráter de ferramenta que sintetiza a representação de um conjunto de vozes sobre as carências individuais/coletivas de uma população. Portanto, é uma ferramenta de análise que, por sua dimensão polifônica, além de permitir a identificação dos problemas individuais, tem alcance sobre grupos sociais, sendo potente para atingir, também, os limites da vida social nas suas macro e microestruturas, isto é, na totalidade da existência da realidade. A compreensão sobre esse horizonte de possibilidades que as necessidades de saúde reúnem é imprescindível para uma aproximação com uma práxis, por meio de processos de trabalho potentes para transformar a assistência à saúde em um novo estatuto, conforme os pressupostos do SUS.

As idéias centrais dos depoimentos dos sujeitos deste estudo manifestam os discursos sobre as necessidades de saúde que eles identificam e que pretendem considerar em suas práticas profissionais, por meio do trabalho interdisciplinar, na assistência à criança vitimizada por violência doméstica. Tais idéias estão sintetizadas em dois grupos temáticos que se manifestaram nos depoimentos dos sujeitos deste estudo prevalentes e interrelacionados: um grupo que se refere às *necessidades individuais/sociais das crianças* e outro grupo de idéias que tematizam *os desafios para a superação da assistência à saúde da criança vitimizada*, e se referem às dificuldades que se apresentam para a realização da nova política de saúde, o que requer medidas em vários âmbitos: da administração, organização e do gerenciamento dos serviços, com repercussão no âmbito do desempenho das práticas profissionais como trabalho, ou seja, refere-se à dialogicidade entre os vários tipos de necessidades de saúde e o trabalho que se realiza para atendê-las o que requer a

produção/apropriação de um novo conhecimento para uma nova prática profissional.

4.2 Necessidades individuais/sociais de saúde das crianças vitimizadas

Considerando que as necessidades de saúde desencadeiam a organização dos processos de trabalho, nessa área do conhecimento e da atividade profissional, a identificação de necessidades individuais/sociais das crianças vitimizadas por violência doméstica assume um estatuto qualitativo, do qual dependerá um trabalho de assistência coerente/incoerente com um dos princípios do SUS, o princípio da integralidade. Nessa perspectiva, nos depoimentos deste estudo, constatamos a predominância da valorização do enfoque da dimensão biológica, entre os significados que as necessidades de saúde representam, para os processos de trabalhos dos profissionais de saúde, no cenário deste estudo, conforme se lê a seguir:

[...] procuro, como profissional não me expor muito eu faço papel primeiro o papel Assistencial [...] Assistencial é ser prática, entendeu? Faço a minha anamnese, chego aquela coisa bem direta e prática, faço a minha anamnese, vejo a necessidade do paciente. Vejo o que ele tem de lesão, trato lesão. Aí a partir daí é que a gente vai levando uma conversa. (E4)

O texto acima revela uma posição social sobre a assistência à saúde que se identifica com o modelo clássico da saúde pública, modelo esse que a perspectiva do SUS pretende superar. Observa-se que é sobretudo em torno da dimensão biológica que o trabalho se realiza e constitui uma resposta de qualidade apenas técnica especializada, em resposta a uma carência biológica.

Todavia, considerando que o cenário deste estudo é um serviço público de saúde inscrito no nível Secundário de Atenção é compreensível que entre as primeiras necessidades de saúde a serem identificadas estejam aquelas relacionadas à dimensão biológica, imediatas/emergenciais, desde que o trabalho não se restrinja a essa abrangência, nem se inscreva exclusivamente no enfoque da doença, mas do processo saúde-doença. Isso significa que, depois do advento do SUS, ao manter-se a fragmentação da assistência no âmbito das especialidades e o reducionismo do recorte sobre a doença, mantém-se, também, um dos aspectos que a proposta do novo modelo informa dever ser enfrentado e superado, uma vez que o novo conceito ampliado do processo saúde-doença precisa contemplar além da

dimensão biológica, as dimensões psicológicas, sociais, históricas e políticas, em oposição às práticas profissionais de processos de trabalho ancorados na visão funcionalista e classificatória do ser humano.

Uma assistência à saúde mediada por processos de trabalho orientados a partir da compreensão de necessidades poderia minimizar essa tendência clássica de recortar a saúde e a doença como processos independentes. Esse pensamento encontra respaldo em pesquisa realizada por Campos e Bataiero (2007) sobre o potencial das necessidades para impulsionar os processos de trabalho em saúde. Os autores também chamam atenção para o fato da pouca exploração deste tema pelos pesquisadores dessa área e concluem afirmando a importância da adoção de seu enfoque como determinante na reorganização dos processos de trabalho na perspectiva de um novo modelo de assistência que tem a integralidade como um de seus princípios filosóficos.

Isto corrobora a relevância deste estudo no sentido de identificar o significado que os profissionais de saúde atribuem às necessidades de saúde da criança vitimizada, pois a compreensão sobre as necessidades de saúde é fundamental para a organização dos processos de trabalho que realizam a política de saúde da atualidade, no sentido de uma aproximação/distanciamento, em nossa realidade, com a possibilidade de superação do modelo de assistência à saúde, o tradicional, que o SUS pressupõe.

Na assistência à saúde da criança, no cenário deste estudo, a influência da assistência voltada, sobretudo, para o diagnóstico e para o tratamento das doenças, parece ainda ser prevalente, caracterizando uma situação na qual os processos de trabalho dos profissionais da área da saúde tendem a estar direcionados, sobretudo, para as necessidades orgânicas da criança. Essa realidade mantém fora da assistência a dimensão subjetiva, e, no mínimo, desconsidera a área da saúde mental da criança, tema de grande importância a ser levantado quando se assiste crianças vitimizados por violência doméstica e tema igualmente imprescindível quando o trabalho em saúde pretende uma aproximação com a integralidade.

A fragmentação da assistência, que o depoimento em análise revela, invisibiliza outras dimensões das necessidades de saúde da criança vitimizada, fazendo com que as reais necessidades sejam negligenciadas devido à escuta e ao olhar limitados pelo enfoque da clínica da Saúde Pública clássica, o que dificulta uma assistência em consonância com os pressupostos da nova política de saúde em vigor no país. Esta implica outros procedimentos, além do pronto atendimento clínico, como o reconhecimento da necessidade de proteção,

direito infringido, no caso das crianças vitimizadas por violência doméstica, e o encaminhamento adequado para outras instituições da rede de apoio, além do acompanhamento do caso por parte da equipe de saúde, situação que pode ser observada em outros depoimentos, como os que afirmam:

[...] o atendimento médico você sabe que é uma coisa bem sucinta e bem rápida. Então eles acham que cuidam do necessário. A causa é essa, você veio por causa de um cortezinho no dedo, pronto, vamos tratar isso aqui e acabou. É perda de tempo se eu for estar investigando caso de família, abranger mais a situação para poder passar na cabeça e descartar qualquer tipo de possibilidade de maus-tratos, de espancamento, de agressão, qualquer outra coisa mais grave. (E4)

Porque no caso dessa criança, ela viu a questão clínica, não é. “Não, não houve estupro.” Mas a criança pode ter sido violentada e aí? Então, (...) todos os danos emocionais foram intensos, imensos aliás, e que vai ficar para o resto da vida, é uma marca. Parece até uma amputação não é? O caso de estupro eu acho que fica amputada ali uma parte do corpo. (E2)

As declarações acima informam que a assistência médica à criança é voltada, sobretudo, para as medidas curativas, revelando a exclusividade da clínica, na assistência à saúde da criança, o que significa, na prática, a manutenção do modelo da Saúde Pública clássica. Assim, identificamos uma contradição entre a nova política de saúde anunciada, até na Constituição do país, e uma prática profissional que ainda não consegue realizá-la. Tal realidade leva-nos a refletir sobre a importância da categoria Trabalho nos processos de transformação da realidade.

Nessa perspectiva, a compreensão da relação entre as necessidades de saúde e qualidade da assistência constitui um dos desafios para a organização de novos processos de trabalho que concorram para a consolidação do SUS. A pertinência entre necessidades de saúde e os processos de trabalho desta área de atuação decorre, em última instância, do fato de o trabalho das práticas profissionais serem desencadeados para atender tais necessidades. Isso significa que as necessidades de saúde antecedem ao processo de trabalho, determinando-o. A crítica que se faz, na atualidade, ao trabalho de qualidade fragmentada do modelo hegemônico de assistência à saúde, que os depoimentos acima referem, pode contribuir para que se altere o trabalho das práticas profissionais, um dos pilares que sustenta a idéia de modelo de assistência, no sentido de adequá-lo aos pressupostos do SUS, entre os quais o da integralidade.

Desse modo, além da dimensão orgânica, a subjetividade e a dimensão social da

criança vitimizada por violência doméstica podem ser consideradas no cotidiano do trabalho da equipe de saúde, como resultado da superação da abordagem limitada que dificulta até a identificação dos casos de violência doméstica contra a criança. Portanto, o atendimento das necessidades ampliadas de saúde inclui a compreensão de um conjunto de necessidades da criança, dentre as quais as de proteção. Tendo em vista a vulnerabilidade das crianças vitimizadas, a necessidade de proteção desse grupo populacional merece ação de destaque e uma breve referência histórica para situar a relevância desse tema para o grupo etário em evidência neste estudo.

Em nossa sociedade, o papel da família e do Estado com relação à proteção da criança sofreu significativas mudanças ao longo da história. Segundo Dourado e Fernandez (1999), no tempo do Brasil Colônia, a relação da população nativa com suas crianças era balizada pelo acolhimento e proteção, até que, com a chegada dos colonizadores, os jesuítas passaram a empregar os castigos físicos e psicológicos como instrumento de educação e disciplina. Nesse sentido, Ferreira (2002, p.28) afirma que mesmo com as transformações ocorridas na sociedade através dos tempos, entre as quais as do Estado, essa prática passou a ser comum entre as famílias.

Na atualidade, a família mantém o estatuto de reprodutora legítima da violência física contra a criança, por ter consentimento da sociedade para empregar a violência como instrumento educacional, reconhecido e legitimado ideológica e culturalmente, numa contradição, em nome da proteção das crianças. Proteção que se justifica como modos de educar impondo limites, por castigos e repressões, mas que, na realidade, são atitudes que ameaçam a real proteção da criança, por seu potencial para desencadear o fenômeno que se conhece como, “escalada da violência”. Expressão que designa a possibilidade ou o favorecimento de aumento gradativo da violência socialmente consentida. Pesquisa realizada por Assis e Avanci (2004), em escolas públicas do Município de São Gonçalo – RJ, revela que a prática de bater e apanhar se constitui uma forma habitual de resolução de conflitos nas famílias. Essa banalização da violência, pela cultura da violência física, reafirma a aceitação social da violência, em pequena escala, quando ela se justifica como finalidade educativa, mas nada garante sua limitação.

Segundo Newell (1989 apud GUERRA, 2001, p. 38), a literatura do final da década de 1980 tem enfatizado que “toda ação que causa dor física numa criança, desde um simples tapa até o espancamento fatal, representa um só *continuum* de violência”. Nessa perspectiva, a punição corporal de crianças e adolescentes corresponde a uma violência e

como tal torna-se uma porta aberta para quadros de violência mais graves.

Neste estudo, a preocupação com a escalada da violência está tematizada nos depoimentos abaixo:

Então têm casos assim que me preocupam muito, como essa questão do instrumento educacional, a punição física, a questão da palmada que não faz mal, que não deixa marca, mas aí, essa palmada amanhã se torna uma chinelada, uma paulada e daí a pouco é um trauma de crânio é o rompimento de uma víscera[...]o que reforça aquela questão [...] de lesões mais leves e que vão se agravando a ponto dessa criança chegar a precisar de um tratamento em UTI. Então, muitas quedas, ferimentos leves, já foram medicados como qualquer outro até que essa criança seja hospitalizada por violência doméstica. Então, sempre que uma criança é hospitalizada por violência doméstica, eu me preocupo com a violência que já aconteceu e com a que vai continuar acontecendo. Porque se a gente não interrompe esse ciclo, no próximo, a próxima ocasião pode ser fatal. (E3)

Fora um caso que chocou também, de uma criança pequenininha, era um lactente ainda [...] foi logo que o hospital abriu, só que não estávamos ainda com essa visão que a gente tem hoje. Aí essa criança ela foi espancada, teve um TCE, passou-se, mas isso ele era novinho. Eu sei que ele veio pra cá um ano e meio depois e ele foi espancado de uma maneira que ele foi a óbito, essa criança foi a óbito.[...] “E se a gente tivesse agido da maneira em que a gente agia nos outros casos anteriores, do Conselho, será que a gente tinha evitado essa situação?” [...]Foi um caso muito triste realmente. (E4)

Os textos acima revelam uma posição social, a aceitação da sociedade de um tipo de violência que se exerce por meio da hierarquia, representada na autoridade do adulto sobre a criança, dos pais sobre os filhos. Conforme os depoimentos, esse é um fenômeno socialmente construído, portanto não é natural, e tem origem nas relações familiares, justificadas como medidas educativas, mas que, na realidade, parecem reproduzir as relações de autoridade e dominação da sociedade mais ampla.

“Naturalizar” a agressão como instrumento educativo é uma contradição que se justifica na defesa do autoritarismo, que as relações sociais de poder hierárquico requerem. Tal posição social mantém-se invisibilizada, ideologicamente, sob o argumento de que essa autoridade constitui um bem para a criança, difundindo-se uma visão de mundo simplificada sobre um problema que na realidade é bem mais complexo.

Considerar o fenômeno da escalada da violência doméstica de uma forma mais ampla implica reconhecer que as relações entre adulto/criança são social e culturalmente determinadas, pois a criança pertence a um núcleo familiar, do qual é dependente e influenciada pelas determinações socioeconômicas ditadas pelos modos de organização social

e política de uma determinada sociedade. Nesse sentido, Guerra (2001) afirma que:

A autoridade do adulto sobre a criança é uma autoridade social que estabelece um certo tipo de relação entre ambos. Varia de acordo com os indivíduos, alguns dos quais compensam suas frustrações sociais, afirmando seus desejos de poder absoluto sobre a criança. Difere, também segundo as sociedades que reconhecem aos diferentes tipos de adultos direitos variáveis sobre a criança. De qualquer forma, a autoridade do adulto sobre a criança reproduz as formas dominantes de autoridade numa determinada sociedade (GUERRA, 2001, p. 94-95).

As relações de poder que se realizam nas estruturas sociais capitalistas são formas de dominação. O exercício do poder pela força direta, na qual o mais forte, ou mais capaz domina o mais fraco/incapaz, é um tipo de dominação primária. Esse tipo de poder, segundo Fiorin e Savioli (1990, p. 74), realiza-se sem que o dominador precise recorrer a qualquer tipo de persuasão. A contradição consiste, entre outros aspectos, em se viver um momento histórico no qual se aplaudem a racionalidade lógica da modernidade e, ao mesmo tempo, mantém-se a lei da selva, inaugurada nos primórdios que antecederam a civilização. Apesar de ser um tipo de poder primário, ele traz desdobramentos de outros tipos de violência porque o dominado não pode fugir diante do perigo, uma vez que é dependente da família cujo membro detentor do poder é o agressor.

Ainda segundo Guerra (2001), na atualidade, a família atravessa uma crise que se manifesta em vários fenômenos, como o aumento do divórcio e a rotatividade de parceiros que desestabilizam a família como núcleo social. Tais transformações podem contribuir, tanto para o aumento da violência contra as crianças, quanto para a desqualificação da família como protetora dessas crianças. Por outro lado, o fato de ser a criança vulnerável e dependente, a pressão social sobre a responsabilidade da família para com ela mantém-se tencionada, fato que favorece a perpetuação do mito da proteção. Mito porque ao invés de realizar a proteção realiza seu contrário, a opressão. A autora acrescenta que “transformar o mundo de opressão infantil significaria transformar as relações sociais adulto/criança” (GUERRA, 201, p. 96).

Nessa perspectiva, Ferreira (2002, p.28) afirma que “essa forma de educar, de exercer o poder, ultrapassou todos os modelos políticos brasileiros, mantendo-se até a atualidade”. Diante dessa realidade, para uma assistência efetiva à saúde da criança vitimizada por violência há que se considerar uma prática profissional de caráter emancipatório da opressão do poder que os adultos exercem sobre ela. Para tanto, é imprescindível o

conhecimento do que se anuncia no plano das políticas de saúde, dentro das perspectivas do novo modelo de atenção, com o que se tem apresentado no plano da prática, numa visão crítica e reflexiva sobre o conjunto de determinantes do fenômeno, de seu impacto na saúde e da adequação do trabalho necessário ao seu enfrentamento.

Assim, uma assistência à saúde da criança pautada em um dos pressupostos do SUS, a integralidade, precisa ser pensada a partir da idéia de necessidades de saúde. Estas poderão expressar o sentido ideológico, conservador ou transformador do processo de trabalho. Portanto, para desenvolvermos uma prática em consonância com os ideários do SUS, é importante identificar e atender além das necessidades orgânicas, outras necessidades, entre as quais a necessidade de proteção da criança vitimizada, como também conhecer os fundamentos legais dos direitos da criança, os quais passaram por profundas transformações através dos tempos, como já esclarecido no Capítulo II, quando discorreremos sobre as políticas de atenção à criança vitimizada.

Em outras palavras, o reconhecimento sobre a influência dos instrumentos políticos legais, como norteadores para atender as necessidades de proteção social das crianças vitimizadas requer o conhecimento prévio das políticas de atenção voltadas para esse segmento social por parte dos profissionais de saúde. Nesse sentido, nos depoimentos dos sujeitos desta pesquisa, dentre as iniciativas institucionais, houve destaque para as ações dos Conselhos Tutelares como entidades aliadas no enfrentamento da violência doméstica contra a criança, conforme as declarações que afirmam a importância do acompanhamento do Conselho Tutelar junto aos familiares da criança vitimizada, por sua vulnerabilidade e conseqüente necessidade de proteção social, conforme os depoimentos abaixo:

[...] com os Conselhos Tutelares, a proteção da criança ela está mais garantida. Tudo hoje, se você tocar numa criança é Conselho Tutelar. Então, eu acho que o Conselho Tutelar, até porque ele fica inserido na comunidade também, isso faz com que as pessoas tenham mais acesso pra denunciar os maus-tratos. (E5)

Mas eu acho importante isso, o Conselho Tutelar sempre procurar ver o comportamento das pessoas da família. E acompanhar até uma certa idade, até a criança ter opinião de falar, porque tem criança que é muita pequena como essa nenezinha, coitada é muito inocente e não sabe expressar só sabe chorar. Então até uma certa idade, a criança tem como dar uma opinião, sabe dar um telefonema, sabe dizer alguma coisa a alguém e denunciar quem está fazendo a violência, mas até determinadas idades não [...]. (E7)

Esses depoimentos revelam que, diante da complexidade do problema da

violência doméstica contra a criança, uma das formas de enfrentar a necessidade de protegê-la, como sendo uma necessidade de saúde, é lançar mão da rede de assistência, que compreende as instituições relacionadas ao atendimento da necessidade identificada. No caso da necessidade de proteção social essa finalidade pode ser conseguida, por meio da notificação da violência junto à vigilância epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado ou do Município, bem como acionando o Conselho Tutelar, órgão instituído para agir em defesa da criança e do adolescente. Isso significa também estar condizente com o Art. 13 do ECA, que torna obrigatória a comunicação aos Conselhos Tutelares dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança e o adolescente. O Artigo 245 do ECA define como infração administrativa a não notificação desses casos por profissionais da área da saúde ou da educação, estipulando multa de três a vinte salários mínimos de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Um dos alcances da atuação dos Conselhos Tutelares é que, por estarem inseridos em uma base territorial fixa e possuir uma relação estreita com a comunidade na qual está inserido, podem produzir mudanças em algumas dimensões da realidade social, por meio de ações denominadas “práticas sociais”. Ou seja, o fato de interagir com diversos setores da sociedade facilita o impacto nas práticas sociais desses setores (FRIZZO; SARRIERA, 2006, p.201).

A despeito desse mérito e do que é preconizado pelo ECA, na prática cotidiana dos serviços de saúde, nem sempre tem-se constatado uma atuação eficaz dos Conselhos Tutelares, os quais também passam por dificuldades e limitações, comprometendo a segurança das crianças vitimizadas.

Segundo Gonçalves e Ferreira (2002), na prática, existem diversas dificuldades de ordem estrutural enfrentadas pelos Conselhos Tutelares, uma vez que eles não estão implantados em todos os municípios e, onde instalados, muitas vezes funcionam com precária infra-estrutura. Ademais, a sobrecarga de trabalho faz com que o Conselho priorize os casos de maior gravidade e risco a eles notificados. Pesquisa desenvolvida por Frizzo e Sarriera (2006) constata, também, a necessidade de melhor capacitação por parte dos Conselheiros, especialmente diante da responsabilidade do papel destes em lidarem com grupos mais vulneráveis.

Dificuldades semelhantes foram constatadas em pesquisa realizada no Conselho Tutelar Sul, no município de João Pessoa por, Medeiros (2006), ao identificar que em 69,2% dos casos atendidos foi realizado aconselhamento e orientação aos pais ou responsáveis e,

muitas vezes, aplicado advertência. Em 30,8% dos casos houve encaminhamento a serviços de saúde física e/ou mental. A autora refere a inexistência da visita domiciliar para acompanhamento dos casos, devido à alta incidência e diante da existência de uma única Assistente Social. Acrescenta ainda que no corpo de funcionários existe uma Psicóloga, mas que não exerce a função.

Analisando estas informações, compreendemos porque o encaminhamento por parte do Conselho supracitado a outros serviços é insignificante e não representa a realidade. Considerando que a escuta psicológica naquela realidade institucional não está sendo realizada e que não há condições de acompanhamento dos casos, alertamos que apenas o trabalho de orientação e aconselhamento realizado no próprio Conselho não é suficiente para garantir a não revitimização das crianças.

Portanto, essas dificuldades que os depoimentos manifestam ou aludem comprometem a aplicação da doutrina da proteção integral preconizada pelo ECA, pois permitem que crianças vitimizadas retornem dos serviços de saúde para os seus lares, para a convivência diária com o possível agressor, sem o devido acompanhamento pelo órgão tutelar. Assim, a assistência inadequada à saúde, pela falta de atendimento a uma necessidade de saúde, a necessidade de proteção à sua integridade, é campo fértil para o desenvolvimento da escalada da violência e para a antevisão das grandes possibilidades de um retorno ao serviço de saúde, posteriormente, com uma gravidade maior, conforme alertam os depoimentos abaixo:

[...] eu confesso que eu me senti muito insegura no momento em que nós procuramos um retorno dessa criança e nós fomos informados pelo Conselho Tutelar de que eles haviam perdido o contato [...].Até aonde vai essa responsabilidade? [...]Então, se num caso tão grave não foi possível exercer essa vigilância, nos casos mais leves, onde isso é solicitado, como é feito? Isso me deixa insegura [...]Não só com relação ao Conselho Tutelar, mas a todas as esferas que são responsáveis pelo acompanhamento a partir da alta hospitalar. (E3)

[...] o Conselho acompanhou no primeiro momento em que ele veio[...] e eu não sei por quanto tempo foi feito esse acompanhamento e que depois essa criança voltou pra cá até com uma agressão até mais violenta do que ele tinha sofrido antes, correndo risco de vida mesmo. (E6)

Diante da fragilidade dos Conselhos Tutelares revelados nos depoimentos acima fica evidente que, enquanto profissionais de saúde, para enfrentarmos o desafio de uma possibilidade de maior proteção à criança, com suspeita ou confirmação de maus-tratos, no

momento da alta hospitalar é necessário acionarmos, também, outras instituições da rede de apoio, além de proceder à notificação, tendo a consciência de que essas ações fazem parte do trabalho de assistência à saúde da criança vitimizada, dever profissional e direito do usuário dos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, a notificação assume o caráter de instrumento de prevenção à violência infantil e de promoção da proteção da saúde da criança, medida sanitária desenvolvida no nível de atenção de alta e média complexidade.

Tal compreensão é respaldada pelo Ministério da Saúde, que publicou a Portaria Nº 1.968/GM, em 25.10.01, dispondo sobre a notificação às autoridades competentes em casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS. O documento acompanha um modelo de Ficha de Notificação a ser preenchido em duas vias, devendo uma ser encaminhada ao Conselho Tutelar ou Juizado de Menores e a outra arquivada na própria instituição de saúde.

Entende-se por notificação “uma informação emitida pelo Setor 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” (SAÚDE, 2002b, p. 14).

O profissional de saúde, ao proceder à notificação, estará contribuindo para interromper o ciclo da violência, evitando a reincidência ou a existência de casos novos, pois “o cuidado institucional e profissional é um direito que a criança e o adolescente têm. Para o profissional, prover a assistência e notificar são deveres” (SAÚDE, 2002b, p.15).

Essa consciência legal por parte do profissional pode ser observada no seguinte depoimento:

[...] uma vez sabedora desta violência a gente tem a obrigação. Chegando na Unidade de Saúde a gente tem que denunciar mesmo [...] não é a toa que o Ministério da Saúde distribui formulários [...] a estatística a gente faz, tem que fazer o quantitativo para até um estudo em comunidade, para ver a comunidade com mais violência, para ver se tem alguma ação terapêutica, uma intervenção assim das prefeituras. É importante que haja a notificação, [...] É fazer conhecer o direito da criança. É divulgar, denunciar e encaminhar. O nosso compromisso é este agora . Porque eu te digo, se ele sai sem essas referências, ele vai voltar vitimizado. Nós temos o compromisso com essa criança. Ela está pedindo socorro à gente. Ela não entende ainda o que está se passando. Então, a gente tem aquela obrigação de agir em seu socorro. (E5)

O depoimento acima demonstra a importância do profissional de saúde estar

consciente dos seus deveres e dos direitos da criança e nos remete à idéia da possibilidade de um processo de trabalho pautado na integralidade e na humanização do atendimento. A assistência integral à criança vitimizada implica em ações pontuais, dentre as quais a notificação, desenvolvida no espaço delimitado de um serviço de saúde. Trata-se da “integralidade focalizada” com ações fundamentadas no trabalho multidisciplinar, buscando-se por meio da conversação e comunicação entre os diversos campos do saber, um entendimento para a ação (CECÍLIO, 2001, p.117).

Conforme revela o depoimento em análise, a notificação possibilita o planejamento do trabalho em saúde: a escolha adequada de seus elementos, sobretudo a eleição dos instrumentos mais adequados para impactar a realidade que precisa ser transformada. Além do mais, um trabalho processado com adequação entre seus elementos (objeto, finalidade e instrumentos) poderá ampliar a visibilidade do fenômeno da violência doméstica contra a criança e instaurar novas necessidades, alargando o campo dos direitos das crianças vitimizada por violência doméstica, bem como ampliará, também, o campo de atenção à saúde.

No entanto, na prática profissional ainda existem resistências ao ato de notificar, contribuindo para as sub-notificações. De acordo com Azambuja (2005), trata-se de um problema grave, pois como são a partir dos dados epidemiológicos que os governantes traçam as ações preventivas, a subnotificação configura-se como uma violência no nível estrutural por favorecer a invisibilidade da violência. O reflexo dessas dificuldades pode ser observado neste estudo na medida em que entre todos os profissionais entrevistados apenas um fez referência sobre a notificação.

Outro aspecto revelado no depoimento, em discussão e análise, é quanto à importância do profissional de saúde estar sensível às necessidades mais sutis da criança, dentre as quais a de proteção, tendo em vista a vulnerabilidade em que ela se encontra. Há uma demonstração da compreensão de que, enquanto profissionais de saúde, podemos, dentre as nossas possibilidades e limites, acolher e ajudar àquela criança que requer cuidados mais amplos, buscando avançar na perspectiva da superação do modelo clássico de assistência à saúde da criança. Nesse sentido, segundo Silva e Silva (2006, p. 39), compete à equipe de saúde refletir sobre os mitos e preconceitos, para efetuar o atendimento sem julgamento, buscando capacitação para desenvolver as seguintes ações: “suspeitar/diagnosticar; investigar; assistir; tratar; proteger; acolher; documentar; notificar; orientar; apoiar/acompanhar; encaminhar”.

Nesse sentido, Ayres (2001, p.71) acrescenta que: “A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde.”

Portanto, a assistência integral à criança vitimizada por violência doméstica inclui várias dimensões, entre as quais a articulação dos serviços de saúde, o modo de conceber a integralidade nos planos macro e micro da realidade. Trata-se do trabalho em rede, do esforço intersetorial, para realizar o que se anuncia no plano das intenções; a organização dos serviços para esse fim, que compreende, desde o centro de saúde, a equipe de PSF, ambulatório ou hospital a uma rede mais complexa incluindo outros serviços de saúde ou instituições que sejam ou não da área da saúde até os processos de trabalho que constituem as práticas profissionais que, em última instância, concretizam a política (CECÍLIO, 2001). Tudo isso exige, portanto, um trabalho em saúde que requer o que Minayo (1994, p.14) sintetiza como “a ultrapassagem de simplificações e a abertura para integrar esforços e pontos de vista de várias disciplinas, setores, organizações e comunidades”.

A violência infanto-juvenil pensada nessa nova dimensão da integralidade implica em dizer que o seu enfrentamento também requer uma abordagem ampla e integrada do poder público com a sociedade civil, envolvendo setores e serviços públicos que lidam diretamente com esse grupo social, nas áreas da educação, saúde e assistência social, tendo como base os princípios garantidos na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e do Adolescente e no Sistema Único de Saúde. Faz-se necessária, portanto, a implantação das redes de proteção, por meio da articulação e integração dessas várias instâncias.

As redes de apoio e proteção são formas de organização social surgidas no final dos anos 80, a partir dos movimentos sociais e de intensas mobilizações das organizações não-governamentais (ONGs). O trabalho em rede implica em ligações de um trabalho coletivo, condicionado a ações conjuntas e compartilhadas, cuja finalidade é “socializar e propiciar funcionalidade às intervenções em favor de pessoas em situações de vulnerabilidade e risco” (OLIVEIRA, 2004, p.151).

A principal diretriz que norteia a rede de proteção é a ampliação das parcerias, envolvendo a comunidade e as instituições governamentais e não-governamentais, por meio da atuação integrada e intersetorial e visa:

Incorporar a organização do processo de trabalho integrado entre os agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família, equipes de apoio, unidades básicas de saúde, atenção especializada, serviços de urgências, ações complementares de assistência (assistência farmacêutica, apoio diagnóstico) e atenção hospitalar, além das ações intersetoriais que envolvem a criança e a família (BRASIL, 2004, p. 8).

Por isso, a construção de um sistema de saúde equitativo, não excludente e resolutivo, ou seja, que dê conta da integralidade da assistência precisa repensar tanto a organização dos serviços quanto os processos de trabalho segundo as necessidades individuais e coletivas, em um determinado contexto social e histórico. Na atualidade, há um conjunto de intenções que informa a nova política e há, também, uma nova organização dos serviços de saúde em torno das Unidades Básicas de Saúde, com uma estratégia nos Programas de Saúde da Família – PSF. Todavia, os processos de trabalho para a efetivação/consolidação do SUS permanecem como um dos maiores desafios que ainda se coloca para o campo da saúde na sociedade brasileira (SILVA, 2003).

O Programa Saúde da Família, na rede de apoio, possui uma posição privilegiada no diagnóstico dos casos de violência intrafamiliar, tendo em vista as suas características essenciais: possui o foco de atenção na família e não no indivíduo e prioriza a prevenção e a integração com a comunidade (BRASIL, 2002a). É necessária, portanto, a articulação entre a atenção hospitalar e a atenção primária, especialmente porque a criança vitimizada retornará ao convívio familiar após a alta hospitalar, o que requer, além do acompanhamento do Conselho Tutelar, assistência permanente pelos profissionais do PSF.

Por meio de tais ações, o trabalho que realiza o cuidado em saúde pode se manifestar mais efetivo e passível à visibilidade da integralidade na assistência à criança vitimizada uma vez que o setor saúde estará mais sensível às necessidades reais de saúde dessas crianças, entre as quais, além das necessidades biológicas e objetivas, as necessidades sociais, afetivas, como a de proteção e segurança, tematizadas nos depoimentos deste estudo, conforme a declaração abaixo:

[...] o que eu tenho pensado muito é o que pode ser feito nas Unidades Básicas de Saúde e nas Escolas. Eu acho que precisa de um alerta, uma conscientização maior dos profissionais que estão trabalhando nos PSF's, nos Programas de Saúde da Família e os educadores. (E3)

Tem que ter mais políticas públicas. Tem que ter sim. A gente tem que ocupar, tem que orientar, trabalhos de base de comunidades, aproveitar as associações de bairro, chamar essas famílias para participar, [...] essas políticas elas têm que beneficiar, tem que ter este algo, tem de sair do papel,

da gestão maior pra ir lá in loco, que é nas comunidades, tem que chegar perto. Reuniões de crianças, reuniões de pais [...] Eu acho que isso vai ajudar muito. (E5)

Esses depoimentos retratam a relevância das ações de cunho preventivo, no nível primário de atenção, visando à prevenção da violência doméstica contra a criança e/ou que a criança já vitimizada necessite retornar ao atendimento hospitalar por reincidência de violência contra ela perpetrada, alimentando, desse modo, a escalada da violência. Nesse sentido, urge que as instituições públicas de atendimento à saúde da criança, em qualquer que seja o nível de atenção, estejam atentas às várias dimensões das necessidades de saúde e de suas inter-relações e inscrevam essas necessidades em seus processos de trabalho, incluindo ações de proteção integral, prevenção e reparação de agravos à saúde motivados por maus-tratos às crianças.

Nessa perspectiva, é fundamental que a equipe do PSF possa identificar também uma rede de organização de apoio social como suporte para as famílias em situação de conflito e violência e buscar alternativas na rede de convivência na família ou nas suas relações mais próximas. O objetivo é que a família possa resgatar a sua autonomia e criatividade em traçar sua própria trajetória de vida, apropriando-se de sua cidadania, pois, conforme refere Takashima (1994, p.91) a respeito da formação de redes:

Neste solo ético, baseado no humanístico, e somente neste fio condutor é que as linhas destas redes entrecruzadas irão tencionar, fortalecer, abrir seus laços em troca de solidariedade, pressionando, apoiando, unindo, através dos vários protagonistas sociais, desde a família, comunidades, vizinhos, parentes, profissionais, instituições, lideranças, políticos, a sociedade civil como um todo.

Como podemos observar, o cuidado integral implica na adequação de tecnologias de saúde às necessidades em um determinado momento de vida do usuário (CECÍLIO, 2001). Fazer referência às tecnologias em saúde não significa discutir equipamentos, mas o proceder eficaz de determinados saberes e finalidades, “que procuram ler o nosso mundo humano do ponto de vista da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, procurando construir procedimentos eficazes de intervenção nestes processos” (MERHY, 1994, p.124).

No entanto, devido à abrangência que envolve os vários sentidos da integralidade, na prática profissional parece haver um descompasso entre o que se apresenta no plano da teoria e o que se realiza na prática. Concretizar a integralidade no atendimento à criança

vitimizada é um desafio diário, constituindo-se em um processo dinâmico e criativo diante dos limites existentes, dentre os quais, os pessoais, técnicos e institucionais.

Nessa trajetória, a identificação das necessidades de saúde é um dos primeiros passos a ser considerado porque, sua concretude, ou sua objetividade, regula o sentido abstrato da concepção de integralidade e relativiza a possibilidade de valorização de uma determinada área em detrimento de outras, uma vez que cada caso terá as necessidades de saúde como fator que acionará os processos de trabalho para seu enfrentamento. Além do mais, ao se identificar necessidades de saúde, segundo Campos (2006), tomam-se conhecimento dos determinantes que impactam a saúde dos grupos populacionais e dos riscos e das possibilidades de enfrentamento que diferentes áreas, da clínica, da epidemiologia, da saúde mental, da sociologia, etc. podem oferecer como padrão de funcionamento regular, no trabalho cotidiano singular, para cada caso.

A complexidade que envolve o fenômeno da violência doméstica contra a criança requer uma compreensão igualmente complexa da assistência à saúde, conforme afirma Minayo (2006), ao se estudar objetos complexos, busca-se não apenas explicá-los, mas entender; não apenas produzir a descrição rigorosa ou a classificação precisa, mas também a compreensão de uma dada questão científica.

Assim, o processo de trabalho em saúde, que pretende uma aproximação com a assistência integral da criança vitimizada, há que considerar a complexidade sob seus vários aspectos, entre os quais a complexidade do ser humano, a complexidade das relações sociais nas sociedades pautadas pelo mercado capitalista e a complexidade da processualidade do trabalho. Este último tem como finalidade o atendimento das necessidades de saúde em oposição ao pensamento hegemônico e linear de assistência que focaliza a doença, indo de encontro à complexidade da idéia de integralidade, referida como uma abstração, uma diretriz genérica que corresponde a um eixo orientador/integrador dos três grandes pilares que estruturam a categoria Modelo de Assistência: as políticas, a organização dos serviços e os processos de trabalho (CAMPOS, 2006).

A noção de complexidade, segundo Parpinell e Lunardelli (2006, p.3), “amplia o foco, observando as circunstâncias em que o fenômeno acontece, vendo sistemas dentro de sistemas (integra o simples no complexo) e dando destaque para as inter-relações entre eles”. Para Vasconcelos (2002), significa reconhecer as contradições existentes ao invés de negá-las. Nessa perspectiva, a análise crítica sobre a práxis, a relação da teoria com a prática favorece uma aproximação com transformação do conservadorismo na área da saúde, ao avançar no

sentido de diminuir as resistências que se revelam como parte de uma realidade complexa, pois, conforme afirma Almeida Filho (2005, p. 32), a visão do “paradigma da complexidade” constitui-se um “marco transformador da ciência contemporânea”.

Desse modo, ao nos debruçarmos sobre o material empírico deste estudo, verificamos que os depoimentos dos sujeitos da investigação tematizam, também, os desafios que os sujeitos da investigação reconhecem impedir os avanços do trabalho como pilar resistente à superação paradigmática que o SUS propõe.

4.3 Os desafios para superação da assistência à saúde da criança vitimizada por violência doméstica

Embora historicamente o SUS constitua uma das propostas mais democráticas e revolucionárias na área da saúde, na sociedade brasileira, sua consolidação enfrenta resistências, sobretudo no campo da área do trabalho, uma vez que as ações de saúde revelam que as necessidades de saúde têm sido atendidas pelo consumo de um procedimento de saúde, predominantemente traduzido pela consulta médica. Sobre esse assunto, Campos e Bataiero (2007, p.7) afirmam que “a tendência dos serviços de saúde continua sendo a de tornar a necessidade de saúde bastante identificada com a doença, apreendida como expressão biológica ou no máximo como expressão bio-psíquica no corpo individual de um sujeito abstrato”.

Campos (2006) reconhece duas grandes áreas de conhecimento e de trabalho em saúde, a clínico e a da saúde coletiva que se distinguem, mas também se entrecruzam, podendo ser mobilizadas tanto suas especificidades quanto suas intercessões, dependendo de cada caso, porque para o autor:

[...] ninguém precisa de tudo ou de intervenções em direção a todos os fatores: nem sempre cada projeto clínico ou sanitário tem que abranger igualmente o social, o subjetivo e o biológico. Compor um projeto terapêutico singular é, partindo do esquema analítico da co-produção, sugerir intervenções sobre o social, o subjetivo e o orgânico conforme a necessidade e a possibilidade de cada caso (CAMPOS, 2006, p. 58).

Desse modo, há uma consubstancialidade entre as necessidades de saúde e o

processo de trabalho instaurado para satisfazê-la que traduz um dialogismo, uma comunicação pertinente entre as duas categorias que se manifesta no que Schraiber e Gonçalves (2000) denominam como a circularidade existente entre a organização da produção, a oferta ou distribuição do serviço e o seu consumo. Estes autores acrescentam que a busca por serviços de saúde informa uma teleologia, uma antevisão de um *carecimento*, sobre alguma alteração orgânica, psicológica ou social, que impede ou atrapalha a maneira cotidiana de viver dos indivíduos. Assim, as necessidades de saúde objetivam-se como uma situação na qual se reconhece alguma alteração ou falta ou, ainda, quando o indivíduo se reconhece em sofrimento e busca intervenção de competência de alguém da área específica.

Esse imbricamento das necessidades com os processos de trabalho, ou seja, com as relações sociais de trabalho na área da saúde, permite a afirmação de Schraiber (2000) de que as necessidades de saúde não são naturais nem iguais, pois desiguais são a distribuição e o consumo dos produtos do processo de trabalho. Tais interseções complexificam a conceituação das necessidades de saúde. Contudo, na maioria das vezes, as necessidades de saúde são associadas, apenas, à assistência no sentido de evidenciar a relação entre procura e oferta de ações nos serviços de saúde, sem a consciência de que o serviço pode ser também, um contexto instaurador de necessidade:

[...] instaurar necessidades com base na produção dos serviços, significa também criar valores quanto ao “cardápio” das necessidades ou padrão de necessidades na sociedade, quanto a seus conteúdos e quanto aos critérios em que podemos agrupá-las como conjuntos. Esse processo se dá por meio do valor que atribuímos à satisfação das necessidades na sociedade e o que reiteramos através de seu consumo sistemático (SCHRAIBER, 2000 p. 30).

Assim, na análise dos depoimentos, verificamos que a violência doméstica contra a criança pode ter nos serviços de saúde um contexto de ampliação dos direitos da criança porque instaurador de novas necessidades de saúde. Nesse novo contexto, não tem sentido a prática profissional do modelo clássico de assistência à saúde da criança, caracterizado pela automação das soluções e pela burocratização das práticas profissionais.

No entanto, tais possibilidades encontram limites em obstáculos que precisam ser superados no enfrentamento tanto do plano teórico quanto no da prática profissional. Entre as dificuldades referidas, pelos sujeitos deste estudo, para uma aproximação com a superação paradigmática estão as relacionadas às concepções, sobre a violência contra a criança e sobre os princípios do SUS, que interferem no sistema de comunicação na rede de serviços de

saúde, comprometendo a processualidade do trabalho, apresentando-se, portanto, como um obstáculo a um trabalho transformador da assistência clássica, conforme os depoimentos a seguir:

[...] há uma dificuldade muito grande da comunicação na rede de apoio, de profissional para profissional, de entendimento do que é realmente a violência à criança [...] do que ela precisa como assistência integral.[...] Se todo profissional começar a entender que precisa se comunicar com o outro para que o atendimento seja mais completo, seja mais singular a cada criança, então isso vai melhorar muito. (E2)

[...] as crianças vítimas de violência doméstica não são encaminhadas devidamente né? Esse trabalho fica meio solto, meio que, “procure assistência em tal local”, quando na verdade, quem detectou tem a responsabilidade sobre esse caso mesmo que ele seja repassado para outro profissional, de acompanhar ou, pelo menos, de fazer um contato telefônico antes, não é, comunicando que vai chegar no outro serviço de saúde. (E3)

Os depoimentos acima revelam inicialmente a importância do posicionamento crítico e reflexivo por parte dos profissionais de saúde, constituindo-se este como uma das possibilidades para que sua prática possua uma perspectiva revolucionária, compreendida como práxis.

Outro aspecto revelado nos depoimentos diz respeito à necessidade de resolutividade por parte da equipe e dos serviços de saúde quando da assistência à criança vitimizada por violência doméstica, tendo como estratégias de ação o acolhimento, o vínculo e a responsabilização quando das ações intra e interinstitucional. (PINHEIRO, 2002). Nesse sentido, Franco, Bueno e Merhy (1999) acrescentam que sem o acolhimento e o vínculo inexistente a produção da responsabilização.

Desse modo, a visão ampliada do problema possibilita reconhecer os limites e as possibilidades da atuação profissional intra e interinstitucional, mediante o trabalho em rede. Assim, a comunicação interinstitucional, bem como o vínculo e a responsabilização, além da interação entre os diversos campos do saber passam a ser uma necessidade de saúde, instaurada pelo novo contexto que o SUS permite.

Nesse enfoque, Moreira, Silva e Coutinho (2001, p. 137) apresentam reflexão sobre “as possibilidades de articulação do conhecimento em rede, para os profissionais de saúde entre si e, com diferentes ciências ou disciplinas afins, enfatizando a dinâmica dos atores profissionais e o contexto em que cada profissão se inscreve”. Analisar o contexto profissional significa também analisar as relações entre os profissionais de saúde, dentre as

quais se destaca nos depoimentos a necessidade de comunicação, pois, segundo Parpinelli e Lunardelli (2006, p. 465):

[...] contexto não significa simplesmente ambiente, mas se refere às relações entre os elementos. Perceber a complexidade significa perceber que as partes constitutivas de um sistema se comportam umas em relação às outras. Entretanto, focar as relações não faz desaparecer os elementos que se relacionam, estes vão continuar importantes e determinantes do todo, assim como o todo também os determina.

Desse modo, para que o trabalho em rede seja eficaz, um dos aspectos a se considerar é a relação dialógica do cuidar, pois a qualidade da assistência perpassa também pela habilidade de comunicação entre os próprios profissionais, buscando-se a interdisciplinaridade entre os diversos campos do saber. A interdisciplinaridade constitui-se uma forma de superar a visão unilinear e unidirecional aos fenômenos, buscando a “integração das partes ao todo, possibilitando o completo reconhecimento do ‘todo no interior das partes’, refutando a justaposição de disciplinas e a desintegração conceitual” (MOREIRA; SILVA; COUTINHO, 2001, p. 136). Nesse sentido, Rocha e Almeida (2000) afirmam que se faz necessária uma postura ativa de inter-relação e diálogo interdisciplinar entre os diversos campos do saber num projeto de construção solidária do cuidar.

A necessidade do diálogo interdisciplinar é corroborada em estudo desenvolvido para analisar as potencialidades e limites para a construção de redes de prevenção à violência. Neste identificou-se que dentre as formas de enfrentar as dificuldades para a atuação em rede, destacam-se as necessidades de superar o trabalho setorizado e verticalizado para se efetuar constantemente a comunicação e a troca de informações, bem como a importância de capacitar constantemente os profissionais envolvidos na rede (NJAINÉ et al. 2006).

É oportuno destacar que o diálogo expressa um sentido muito mais amplo do que o simples repasse de informações, pois exprime a dialética que a situação de cuidado requer. Conforme afirmam Pinheiro e Guizardi (2004, p. 45), o diálogo “funciona para evidenciar interesse, respeito, aceitação, definir diferenças, e não tanto para expressar idéias e informações”. Essa dimensão dialógica é necessária para fundamentar as práticas em saúde no sentido da consolidação do SUS, nas quais pressupõem-se encontros intersubjetivos, ou seja, relações profissionais com sujeitos, e não com objetos, nas quais se buscará a identificação e o enfrentamento de necessidades que se manifestam e são reconhecidas para orientar as ações contextualizadas em cada encontro (MATTOS, 2004).

Os depoimentos a seguir revelam outra dificuldade, a de trabalhar em equipe quando da assistência à criança:

[...] devem ser todos que atendem, cada um tem sua forma diferente. A Enfermeira atua de forma diferente, por mais que ela tenha uma noção de que existe um trabalho, uma profilaxia, uma emergência, ela passa para a equipe, para a Psicologia, para o Serviço Social, para a Médica, da forma dela tentando fazer essa abordagem dentro daquilo que a gente se propõe no trabalho de cada um. [...] Só que existe uma questão aí a onipotência dos médicos, a questão de ser o dono do poder, o ato médico (...). Então, é ele, mais ele, mais ele e muitas vezes a gente percebe inclusive. Se for um profissional que tiver coragem de entrar nessa relação, mas às vezes, a gente fica de mãos atadas. [...] A impotência de uma equipe diante de uma pessoa que detém o poder que é a figura do médico. O médico é típico dele de atender e resolver sozinho a questão (E2)

A importância é total da equipe multidisciplinar, tem toda uma importância em conjunto realmente, médico, Psicólogo, Nutricionista, Assistente Social. Tem que ser uma coisa realmente integrada, que aqui ainda falta isso, ainda falta, principalmente da parte médica como eu te disse, os outros ainda tem acesso, mas a parte médica eu acho mais difícil. (E1)

A concepção sobre equipe de saúde expressa nos depoimentos versa sobre o trabalho em conjunto, de forma integrada, constituindo-se como um aspecto importante na prática profissional, revelada como uma falta, uma carência a ser produzida no trabalho de assistência à saúde da criança. Os depoimentos refletem ainda que, de forma geral, as relações de poder permeiam entre os membros da equipe, inexistindo a horizontalização das relações profissionais, especialmente por parte da equipe médica em relação aos demais profissionais, característica esta que se aproxima mais das práticas multidisciplinares da assistência clássica à saúde. Nesse sentido, Foucault (1979) afirma que o exercício do poder existe também por parte do controle social exercido por instituições como igrejas, escolas, imprensa, mídia, hospitais, família, havendo redes de poder, produzindo dominação e resistência. Isso nos remete a considerar a importância de uma breve discussão sobre a disciplinaridade e alguns de seus correlatos, a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade.

Para Vasconcelos (1997), uma das características da multidisciplinaridade é que as diversas disciplinas estão dispostas simultaneamente, funcionando na justaposição de disciplinas em um único nível, mas sem uma relação e cooperação sistemática entre elas. Diferentemente, a interdisciplinaridade é formada por um grupo de disciplinas conexas, com relações definidas que atuam integrando, mediando e, especialmente, coordenando o campo

disciplinar, tendo em vista a horizontalização das relações de poder. A transdisciplinaridade, por sua vez, baseia-se na integração das disciplinas interdisciplinares do campo sobre a base de uma axiomática geral compartilhada. É configurada por um sistema de diversos níveis e objetivos, com coordenação, com finalidade comum e que tende à horizontalização das relações de poder.

As relações verticais de poder que caracterizam a disciplinaridade constituem um traço do modelo clássico de assistência à saúde que encontra grande resistência na sua superação. Essa resistência pode ser um reflexo da organização histórico-institucional da ciência que tem como base “a fragmentação do objeto e numa crescente especialização do sujeito científico, como a disciplinaridade” (ALMEIDA FILHO, 2005, p. 33). Os impasses da interdisciplinaridade são refletidos por Moreira, Silva e Coutinho (2001, p.144-145) ao afirmarem que:

A interdisciplinaridade procura dar nova vida à disciplina, realçando a importância da complementaridade entre campos de saberes. Embora o trabalho em saúde necessite conviver com especialistas e generalistas para se complementarem, não é o que ocorre na prática cotidiana, na qual a interdisciplinaridade é concebida como processo de trabalho coexistente com uma acentuada parcialização do conhecimento.

Trata-se, portanto, de uma tentativa de mudança de paradigma, na qual por mais que se busque a interdisciplinaridade, na prática profissional e na pesquisa, ainda existe uma distância para a sua realização na plenitude que o termo requer. Para Moreira, Silva e Coutinho (2001), na atualidade, o profissional de saúde ainda se depara com a impotência em transpor a dimensão da multidisciplinaridade, constituindo-se este um processo da prática profissional rumo à indispensável transdisciplinaridade e acrescenta:

Verifica-se, ainda, uma preocupação quanto ao domínio da interdisciplinaridade, quando se deveria ter avançado para a transdisciplinaridade; nota-se nesse momento o seu pouco avanço em face da preocupação na definição de limites, em que o profissional recusa-se a recorrer a outras áreas, tendo em vista o seu despreparo na utilização de teorias, conhecimentos e disciplinas (MOREIRA; SILVA; COUTINHO, 2001, p. 146).

Portanto, uma assistência integral à criança vitimizada requer a superação da modalidade de interação profissional, a multidisciplinaridade. Isso significa que o advento do SUS instaurou mais uma necessidade, a de mudanças na capacitação e formação de recursos

humanos em saúde. Este foi outro tema identificado como uma emergência para os profissionais de saúde para lidarem com as situações que envolvem a temática da violência doméstica contra a criança, conforme os depoimentos abaixo:

A gente não sabe a história de vida pessoal de cada profissional que está trabalhando ali lidando com os casos, a gente não sabe se eles têm preparo, se tem possibilidade, se tem condições para aquelas situações. Então, eu acredito que esse seja um fator limitante[...] o que está faltando é uma capacitação, é capacitação mesmo, de como atender o lado não físico da história. A lesão física, a gente já sabe como resolver. Agora, a questão emocional, a questão social, eu não sei se a gente está conseguindo dar um bom atendimento e isso eu falo inclusive dos profissionais que tratam da lesão física, entendeu, não estou falando do Psicólogo, nem do Assistente Social. Eu falo mesmo do médico, da Enfermeira, da Técnica de Enfermagem, do profissional que faz a higienização do setor, entendeu? E que ainda tem desconforto ao lidar com esse paciente, ao atender. (E3)

[...] nós trabalhamos aqui, mas a gente aprende com o suor, com o sofrimento da família, a gente aprende com o contato, com a experiência, mas a gente deveria ser preparado. Entendeu? Preparado aí seria diferente. A equipe não só médico, mas toda a equipe que está envolvida, essa equipe deveria ser humanizada e preparada a estar junto mesmo com o pessoal também que trabalha no Conselho, a desenvolver o trabalho de uma maneira harmoniosa, aí daria qualidade ao serviço. (E4)

Os depoimentos acima evidenciam uma posição social que defende a transformação paradigmática do modelo de assistência à saúde/saúde mental, pois, ao fazer referência sobre a importância da capacitação profissional, discorre sobre a necessidade de adequação do perfil profissional que o SUS requer.

Contemplar a integralidade na assistência à criança vitimizada por violência doméstica exige dos profissionais de saúde a apreensão das necessidades ampliadas de saúde. É o que traduz o depoimento de E3 ao se referir à necessidade de atenção não apenas da lesão física, como também das questões emocionais e sociais das crianças vitimizadas e de seus familiares. Em outras palavras, para atender essas necessidades é imprescindível, conforme expressão de Canguilhem (1978), adentrar nos modos de andar a vida dessas famílias, compreendendo que, embora cada sujeito possua singularidades que se manifestam no seu modo de andar a vida, este se produz coletivamente. Nesse sentido, a assistência integral à criança vitimizada implica também, conforme afirma Mattos (2004), em manter processos de trabalho pautados na perspectiva da intersubjetividade, com projetos terapêuticos individualizados, elaborados a partir do diálogo com o outro e ao se considerar os modos de andar a vida dos sujeitos envolvidos, abrangendo, assim, as ações de cunho preventivo.

Essa perspectiva de atuação profissional requer uma ruptura paradigmática, no sentido da superação do modelo médico tradicional para uma nova visão. Isso implica na necessidade de mudança na graduação dos cursos das áreas de saúde, os quais devem ser pautados nas diretrizes constitucionais do SUS, em particular na integralidade na atenção à saúde, exigências essas advindas das lutas nacionais por saúde durante a reforma sanitária brasileira (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002; CECCIN; FEUERWERKER, 2004)

Nesse entendimento, as diretrizes curriculares nacionais da maioria dos cursos de graduação em saúde foram aprovadas no período entre 2001 e 2002 e defenderam a inclusão de temáticas referentes ao sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde durante a formação dos profissionais da área. Nestes foram contemplados a formação de biomédicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, odontólogos e terapeutas ocupacionais. Apenas os cursos de medicina veterinária, psicologia, educação física e serviço social não foram contemplados (ALMEIDA, 2003). Disso decorre a necessidade da reformulação e ajustes destes cursos de graduação frente às novas exigências do campo da saúde.

Na área de Psicologia, a despeito de quase 15 mil psicólogos atuarem no Sistema Único de Saúde, a formação profissional de psicologia, mesmo tendo introduzido algumas mudanças, ainda forma profissionais em dissonância com as novas exigências no campo da saúde, pois, “na prática este profissional fica entre a formação recebida e a vida, entre o que a Universidade lhe ofereceu e o que a prática cotidiana lhe traz, entre a técnica e a política, entre o modelo e o mercado, e principalmente, na clínica, entre as escolas e corporações” (CAMPOS; GUARIDO, 2007, p. 91).

A Psicologia da saúde é uma das áreas que faz intercessão com a área da saúde e tem assumido uma importância crescente desde a década de 1970, quando se organizou o movimento pela Reforma Sanitária exigindo mudanças transformadoras nas políticas públicas de saúde no país. Nesse contexto, a Psicologia da saúde organizou-se visando também contribuir com as propostas de visão integral da saúde e da compreensão do fenômeno saúde-doença na sua complexidade, exigindo do Psicólogo uma prática profissional comprometida com o social, enfoque que pressupõe considerar o ser humano nas suas múltiplas dimensões.

Trata-se, portanto, da necessidade de ajustes na prática educacional frente às mudanças paradigmáticas advindas com a saúde coletiva, dentre as quais o conceito ampliado de saúde e a consideração dos determinantes sociais no processo saúde-doença, bem como da complexidade e subjetividade do ser humano. Essa compreensão é enfatizada por Souza

(2004, p.124) ao afirmar:

A concepção da prática educacional, na modernidade, propõe a formação do homem, o que implica mudanças. Espera-se que as representações mudem se desloquem, e que o saber do sujeito sobre si mesmo e sobre o mundo se altere. Essa dinâmica demanda o reconhecimento do estranho em nós, possibilitando a mudança da relação estabelecida pelo sujeito consigo mesmo e com o outro. O contato com o novo necessita que o sujeito tenha condições subjetivas para questionar suas certezas, podendo reconhecer e sustentar o contato com o outro, interno e externo, sem sentir-se demasiadamente ameaçado. Dessa forma, ele pode pensar sobre os estereótipos construídos acerca do outro que, por ser estranho e conhecido, desestabiliza suas representações a respeito de um saber apriorístico elaborado sobre si e sobre o mundo.

Ainda sobre a formação profissional, Ceccin e Feuerwerker (2004) lembram que, com base na Lei de Diretrizes e Base (LDB) em seu artigo 43, a educação superior deve buscar o estímulo ao conhecimento do mundo atual, especificamente os problemas nacionais e regionais, estabelecendo uma relação de reciprocidade com a população e prestando serviços à mesma.

Nesse sentido, considerando que a violência doméstica contra a criança constitui-se atualmente como um problema de saúde pública é pertinente refletirmos sobre o papel das instituições formadoras dos cursos das áreas de saúde. Assim, compete aos cursos de graduação, nas áreas da saúde, a inclusão dessa temática nos currículos, visando favorecer o desenvolvimento de novas competências, tanto relativas ao tema da violência contra a criança quanto à identificação e abordagem adequadas para a construção de um conhecimento e produção de políticas de atenção a essa população, além de contemplar conteúdos que possam encaminhar a apropriação do saber existente sobre o novo modelo de assistência à saúde que se pretende, bem como estimular a crítica e a reflexão desse saber possibilitando a construção de novos saberes nessa área de conhecimento.

Um dos aspectos referidos nos depoimentos dos sujeitos deste estudo sobre os fatores que dificultam a identificação e o encaminhamento adequados dos casos de violência à criança é a pouca ênfase dispensada a esse aspecto por ocasião da formação profissional. Nesse sentido, a Abrapia (1997, p.12) afirma que:

O profissional de saúde, no Brasil, não está preparado para conduzir casos de maus-tratos contra crianças tão freqüentes em salas de emergência, postos de saúde ou até mesmo em consultórios clínicos particulares. Não existe, nas nossas universidades, uma abordagem específica para o assunto. Os diagnósticos, muitas vezes óbvios, não são esclarecidos, e a vítima continua

a ser maltratada, correndo risco de vida. Outras vezes, o diagnóstico é firmado, mas o profissional de saúde – por falta de orientação ou medo das implicações legais – abandona o caso supondo que apenas as medidas emergenciais são de sua responsabilidade.

Nesse enfoque, Lidchi (2004) acrescenta a necessidade de os profissionais de saúde buscarem treinamento, apoio e supervisão para que possam entrevistar a criança de uma maneira adequada, evitando re-traumatizá-la. Isso significa que “proteger essas crianças e adolescentes é uma tarefa que requer sensibilidade, habilidade e alguns conhecimentos específicos” (ABRAPIA, 1997, p. 6). Portanto, o profissional de saúde faz referência sobre a necessidade da capacitação não apenas no sentido de facilitar a suspeita ou identificação das crianças vitimizadas, mas também, nos casos já confirmados, em se ter o cuidado para evitar a violência institucional, conforme revelam os depoimentos a seguir:

Eu vejo que a instituição ela não está trabalhando com profissionais preparados para as situações de violência contra a criança, porque eles vêm com uma certa curiosidade de ver a criança. [...] sempre vem um profissional de um setor, vem de outro setor. Então, essa curiosidade ela não acrescenta na assistência. Eu acho que existe este despreparo dos demais profissionais. (E6)

[...] a gente não pode chegar até elas e ficar perguntando, insistindo para que ela conte porque ali já é uma segunda agressão, você ter que fazer com que ela relate aquilo que aconteceu que certamente ela não quer relembrar. Então, já requer certo cuidado aí, de como você chegar até a ela, a criança. Então, em nosso trabalho, é claro, a gente tem que ter toda essa atenção voltada pra elas, mas com certo cuidado. (E3)

Eu fico muito chocada realmente. É por isso que eu deixei de entrar e querer saber, porque eu ficava muito impressionada realmente. Aí se a mãe tivesse acompanhando eu já rejeitava a mãe. Quando eu passava lá em cima eu já tinha raiva daquela mãe. (E1)

Estes depoimentos revelam que a abordagem nas situações de violência intrafamiliar, especialmente contra crianças, requer competências em várias áreas, para lidar com o tema e com a situação tão delicada, sob pena de estar-se cometendo mais um tipo de violência contra quem já se encontra tão vulnerável, constituindo-se na violência institucional. Brasil (2002c, p.30) considera que esse tipo de violência pode ser determinado tanto pela falta de qualidade ou inadequação do atendimento, como pela falta de acesso aos serviços necessários e acrescenta: relatar “detalhes pessoais e dolorosos a um estranho pode fragilizar ainda mais a vítima [...]. O profissional deve estar consciente dos efeitos de sua intervenção e capacitado a desenvolver, acima de tudo, uma atitude compreensiva e não julgadora”.

A análise precedente corrobora a necessidade de se encontrar novos caminhos

para a superação de conceitos e práticas hegemônicas, fortemente implantadas dentro e fora das instituições formadoras. Ceccin e Feuerwerker (2004, p. 9) afirmam que uma política com a perspectiva de mudança deve despertar “o pensamento crítico e o compromisso de todos os atores (docentes, estudantes, gestores de saúde e de educação, conselheiros de saúde e movimentos sociais), além de oferecer possibilidades de interferência real no processo de formação profissional”.

No que concerne à abordagem da temática violência doméstica contra a criança, defendemos a utilização de uma abordagem metodológica ativa ou problematizadora para facilitar a discussão entre aluno e professor, contribuindo na apreensão entre alunos, quer de ensino fundamental, médio, graduação ou pós-graduação. Assim, a educação busca na realidade social, aprendizados vivenciais que enriqueçam os estudos, proporcionando ao aluno uma visão crítica e reflexiva da realidade para então direcionar seu processo de trabalho. Isto significa, como afirma Campos (2003, p. 26) “aumentar a capacidade de análise e de intervenção: saber sobre os problemas e agir sobre eles. Saber e fazer. Teoria e Prática”.

Konder (2006), ao se referir ao contexto da teoria e da prática, declara que, apesar da relevância da teoria, ela não é suficiente para estarmos seguros a agir com acerto e valoriza igualmente a prática social.

Nesse sentido, a formação do profissional de saúde atinente às exigências do SUS e na atenção psicossocial deve se basear na inclusão de estratégias de ensino aprendizagem que não se restrinjam ao repasse de informações, mas possibilitem a reflexão e o diálogo acerca das representações e concepções dos alunos sobre temas como a saúde, a doença, a violência, a família, a relação profissional-usuário, etc, bem como as implicações afetivas imbricadas no processo de atendimento às crianças vitimizadas por violência doméstica.

Para Souza (2006), isso significa criar estratégias de intervenção que trabalhem não apenas a dimensão do processo de conhecer – do ensino-aprendizagem, mas também a articulação entre a cognição e o afeto, enaltecendo a relevância de experiências que favoreçam ao profissional ressignificar sentidos e significados atribuídos ao mundo e a ele mesmo. E acrescenta: “Transformar a ação em experiência demanda relevar os limites e as potencialidades do humano; demanda a produção de conhecimento teórico alicerçado pela prática que se retro-alimenta da teoria” (SOUZA, 2004, p. 27).

Nesse perspectiva, Libâneo (1985) alerta para a necessidade emergente de uma articulação entre os conteúdos e os métodos de ensino, por meio de aproximações da teoria

com a prática. Baseado na metodologia de Paulo Freire que concebe a construção do conhecimento a partir do diálogo entre o professor e o aluno, tendo como pressuposto a idéia de que os conteúdos discutidos retornem a realidade vivida pelo grupo, com o intuito de transformá-la. É sob essa ótica que defendemos a temática sobre a violência doméstica contra a criança para ser abordada em sala de aula, por meio de metodologias que envolvem os alunos como verdadeiros sujeitos do contexto social que pode ser cenário da violência doméstica.

Outra estratégia metodológica diz respeito à educação permanente em saúde, compreendida como sendo uma das formas de tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Esta proposta está incluída dentre as metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil (CECCIN, 2005).

O movimento de mudança da educação dos profissionais de saúde, associada às diretrizes curriculares nacionais e às diretrizes do SUS exigem a criação de instituições formadoras com relevância social, ou seja, comprometidas com a construção do SUS, no sentido de formar profissionais de saúde que considerem as necessidades de saúde dos usuários e participantes do processo de educação permanente de seus profissionais. Isso implica superar o paradigma biologicista, medicalizante e hospitalocêntrico, na área da saúde, e superar, também, o modelo flexneriano que ainda predomina na área da educação no país (CECCIN; FEUERWERKER, 2004).

Assim, a necessidade dos profissionais em adquirir conhecimento para lidarem com as situações de maus-tratos a criança revela um outro aspecto imprescindível à concretização do modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS: a necessidades de novos saberes, os quais se constituem os instrumentos que orientam todo processo de trabalho.

Diante do até então exposto, a título de uma síntese, reafirmamos que prevalência da violência doméstica na sociedade brasileira, sobretudo a violência contra a criança, levou-nos a refletir e investigar o tema, tanto pelo impedimento que o fenômeno representa na vida de uma criança, quanto pela importância dessa abordagem no exercício do trabalho profissional, na área da saúde, sobretudo depois da idéia da integralidade da assistência que o SUS advoga, na atualidade.

Neste estudo, a violência contra a criança é um tema que se revelou produtor de *necessidades de saúde*, predominantemente no âmbito da dimensão biológica, sobre o corpo individual. As necessidades de saúde estão entre os carecimentos produzidos na vida em

sociedade, nas relações sociais entre os seres humanos, uma das quais é a de assistência à saúde da criança vitimizada.

Tais necessidades podem ser de cunho individual e coletivo, como as necessidades sanitárias que a noção de risco à saúde determina. As necessidades de saúde são produzidas por fatores gerais e particulares. Entre os fatores gerais estão os relacionados aos determinantes sociais do processo saúde-doença, como as condições econômicas e políticas dos contextos nos quais os sujeitos se relacionam, os ambientes de convivência, modos de produção e renda, modos de vida e de relações de trabalho. Todos esses processos dinâmicos da vida cotidiana constituem, também, aspectos culturais que interferem no sentido de favorecer outros processos que estimulam a saúde ou concorrem para estimular a doença, tanto no plano individual quanto no coletivo. Entre os fatores particulares da determinação do processo saúde doença, o estudo revelou os da área biológica como predominante, seguidos de fatores qualitativos, inscritos na subjetividade dos sujeitos desta investigação.

As explicações para suas causas não são encontradas apenas nos fatores gerais, relativos aos aspectos econômicos ou políticos, embora essas causas sejam eficientes, ou seja, não podemos atribuir apenas às causas soberanas do poder foucouthiano, no plano macro do Estado, mas não podemos deixar de associar esse poder ou uma espécie de sua reprodução nos micro espaços da vida particular, idéia do mesmo autor, que manifesta uma violência sociológica, exercida autoritária e hierarquicamente como modo de dominação. Isso significa que as transformações paradigmáticas sofrem resistências ideológicas dos grupos dominantes que, consciente ou inconscientemente, temem o novo.

“Na medida em que o sujeito assume a postura crítico-prática, compromete-se com o que está para nascer, engaja-se na luta pela concretização do por-vir e é naturalmente levado a tentar adotar algo do ponto de vista correspondente à realidade que está contribuindo para criar”.

Leandro Konder

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca pela compreensão do significado que as necessidades de saúde representam para os processos de trabalho da equipe do serviço de saúde, cenário deste estudo, depois do advento da nova política de saúde traduzida nos ideários do SUS, é o objetivo mais amplo desta investigação que revela a importância do trabalho como categoria potente para as transformações da realidade, especificamente, o trabalho em saúde na assistência à criança vitimizada por violência doméstica, trabalho este que necessariamente apresenta seu sentido transformador potencializado quando realizado a partir da identificação de necessidades individuais e sociais.

Partindo desse pressuposto, verificamos que as necessidades de saúde da criança vitimizada mais referidas pela equipe de saúde são as necessidades orgânicas imediatas. Contudo, há também, por parte de alguns sujeitos da pesquisa, uma compreensão desse fato como um obstáculo que limita o trabalho transformador para uma aproximação com o princípio da integralidade, decorrente do desinteresse daqueles em embasar o seu trabalho profissional a partir da identificação de necessidades de saúde, nas diferentes dimensões da experiência de vida dos usuários no cenário deste estudo.

Na análise dos temas predominantes nos depoimentos dos sujeitos da investigação sobre as necessidades de saúde, que se revelaram, sobretudo, em torno da dimensão biológica/individual da assistência à criança vitimizada por violência doméstica, destacamos a importância da relação entre as necessidades de saúde e os processos de trabalho, uma vez que as necessidades de saúde funcionam como desencadeador dos processos de trabalho nessa área da prática profissional. Desse modo, os demais elementos desse processo estarão referidos pelo olhar que reconheceu tais necessidades. Ao se valorizar os fatores apenas da dimensão biológica nas determinações das enfermidades, as intervenções voltam-se somente para o indivíduo ou para o órgão lesado.

A compreensão da natureza biológica das doenças, suas causas e conseqüências baseadas na história natural das doenças deixam de fora fatores importantes, como os determinantes econômicos e sociais e privilegia os processos fisiopatológicos da medicina curativa. Esta foi capturada pelo capitalismo monopolista passando a exercer importante protagonismo na reprodução da força de trabalho, no aumento da produtividade e na reprodução ideológica hegemônica, legitimando-a e aperfeiçoando sua função normatizadora da sociedade, ao medicalizar seus problemas biológicos, sociais e políticos, além de alargar o mercado pela propalação do consumo de mercadorias e serviços da área da saúde.

Contudo, desde o evento de Alma Ata foi amplamente divulgado que a maioria das necessidades de saúde requer considerar a complexidade da experiência de viver e tecnologias adequadas, mas, isso não significa necessariamente especialização, mas mecanismos e estratégias de ação dos quais se podem dispor em um nível primário de Atenção.

Assim, o saber instrumental que se refere às concepções sobre o objeto de trabalho recortado, no caso deste estudo, referido predominantemente como sendo a dimensão biológica/física, resultado da violência doméstica contra a criança, mantém o enfoque da assistência tradicional do modelo Clínico dominante e invisibiliza as reais necessidades da criança vitimizada e de sua família, além de dificultar uma aproximação com a superação paradigmática. Em oposição, a nova proposta do SUS pressupõe um determinado olhar ampliado sobre os processos de saúde-doença que requer, igualmente, novos processos de trabalho, sob pena de haver um descompasso entre o que se anuncia no plano da política com o que se realiza no plano da prática. Isso implica combater uma espécie de inflação induzida na área da saúde pelo padrão da medicina flexineriana, ainda reproduzido nas instituições formadoras de Recursos Humanos, na atualidade.

A minimização das relações entre os componentes do processo de trabalho e a interligação entre os diferentes pilares que compõem a base dos modelos de assistência à saúde geram dificuldades à perspectiva de superação paradigmática, sobretudo no trabalho das práticas que deve realizar a nova política de saúde na perspectiva do atendimento das necessidades de saúde no sentido da Atenção Integral. Esta requer saberes complementares das diversas áreas do conhecimento, necessários à compreensão de fenômenos complexos, sem definição a priori de domínios.

Ao se manter, na prática, os processos de trabalho do modelo clássico de assistência à saúde, as reformas produzidas no plano da política e na organização dos serviços perdem seu sentido revolucionário, constitui impasses e somente alcançam pequenos impactos pontuais sobre os problemas de saúde. Isso significa que paralelamente às mudanças organizacionais ocorram também avanços conceituais, metodológicos e operacionais, sem se perder de vista a integralidade e a unicidade da política que o SUS pressupõe.

A identificação ou o reconhecimento de que o modo como a institucionalização do novo modelo proposto vem sendo praticado, na assistência à saúde da criança, ao manter a fragmentação da assistência, constitui obstáculo e se apresenta como um limite a ser superado. Contudo, os diferentes níveis de assistência à criança vitimizada podem operar como pólos

complementares contrapondo à finalidade positivista de objetivação asséptica do modelo clássico de assistência à saúde além da dimensão orgânica, a subjetividade e as várias dimensões que os processos de viver, de adoecer e de morrer abrangem. Essa consciência crítica, apesar de ter se revelado não hegemônica, existe entre os sujeitos da investigação e representa um aspecto importante que nos permite inferir sobre uma possibilidade de aproximação com a superação paradigmática na assistência a criança vitimizada por violência doméstica, no cenário deste estudo.

As questões subjetivas, relativas ao âmbito psicológico, econômico e social apesar de serem reconhecidas pelos profissionais como um dos fatores que atuam no processo saúde-doença da criança vitimizada, são consideradas de modo fragmentado o que impede a visibilidade do fenômeno dentro do processo dinâmico de uma sociedade. Esse modo de olhar a saúde e a doença por meio de uma interpretação estática da realidade social é um dos fatores que contribui para o descrédito da possibilidade de mudanças nas relações sociais. Assim resta ao profissional o modelo biologicista que reduz a doença e a saúde a um aspecto individual de combate ao agente do corpo doente para a recuperação da saúde. Desse modo, a resolubilidade assume caráter momentâneo, não importando que o usuário retorne ao serviço várias vezes com a mesma queixa, o que favorece a escalada da violência.

Contudo, a perspectiva da noção de saúde-doença como um processo resultante das condições de vida e do trabalho, dos modos de andar a vida no cotidiano, reconhece a possibilidade das mudanças na medida que se interfira concretamente sobre esses fatores determinantes. Tal enfoque na assistência à saúde da criança precisa ser traduzido em prática profissional dominante, o que requer processos de trabalho orientados pelo pensamento dialético, sobretudo depois que o SUS possibilitou a instauração de um novo sistema de valores, sintetizados na concepção de necessidades de saúde para alcançar a integralidade da assistência.

A partir deste estudo, identificamos os limites e as possibilidades para a superação paradigmática na assistência à criança vitimizada por violência doméstica, ao analisar a dialogicidade entre as necessidades de saúde e o trabalho da prática profissional nessa assistência, compreendida como a categoria de maior grau de abstração na análise desse trabalho. Nesse sentido, compreendemos que a integralidade da assistência se constitui como uma das diretrizes filosóficas do SUS que mais concretiza essa dialogicidade, por se constituir como um termo polissêmico e que envolve o atendimento nos níveis da promoção, proteção e

recuperação da saúde mediante a identificação e o atendimento das necessidades ampliadas de saúde das crianças vitimizadas.

REFERÊNCIAS

ABRÁPIA. **Alguns dados sobre violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes.** Disponível em: <www.abrapia.org.br/antigo/Dados/Graficos/Graficos.htm> Acesso em: 22 jul. 2006.

_____. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção: guia de orientação para profissionais de saúde.** 2.ed. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados, 1997.

ALBUQUERQUE, M. do C. Participação cidadã nas políticas públicas. In: HERMANN, K. (Org.). **Participação cidadã: novos conceitos e metodologias.** Fortaleza: Expressão, 2004.

ALBUQUERQUE, M. M. de. **Pequena história da formação social brasileira.** 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

ALGERI, S. **Caracterização de famílias de crianças em situação de violência intrafamiliar.** 2001. 260f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, UFRGS, Porto Alegre.

ALMEIDA FILHO, N. de. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v.14, n.3, p.30-50, 2005.

ALMEIDA, M. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde.** Londrina: Rede Unida, 2003.

ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.; ALMEIDA, E. S. A. (org). **Gestão de serviços de saúde.** São Paulo: EDUSP, 2001.

ALMEIDA, E. C. **Violência doméstica: um desafio para a formação do pediatra.** 1998. Dissertação (Mestrado em Medicina), Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família.** 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.

ASSIS, S.G. O percurso da violência na História Ocidental: Infância e Saúde. **Horizontes**, Bragança Paulista, v.17, p.11-79, 1999.

ASSIS, S. G.; AVANCI J. Q. Abuso Psicológico e Desenvolvimento Infantil. In: BRASIL. **Violência faz mal à saúde.** Brasília, DF: MS, 2004.

AYRES, J.R. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 1-15, 2005.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.63-72, 2001.

_____.de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-24, 2004.

AZAMBUJA, M. P. R. Violência doméstica: reflexões sobre o agir profissional. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, DF: v.25, n.1, p.1-9, 2005.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. Vitimação e vitimização: questões conceituais. In: AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N. (Org.) **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu, 1989. p. 25-47.

BARROS, N. F. **A construção do currículo orientado por competência e baseado em necessidades de saúde**. Oficina realizada no Fórum de Desenvolvimento Docente da Famema, Marília, 2004. 26p. mimeografado.

BERLINGER, G. **A doença**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1988

BEZERRA, S. de C. Estatuto da Criança do Adolescente: Marco da Proteção Integral. In: BRASIL. **Violência faz mal à saúde**, Brasília, DF: MS, 2004.

BIASIL, L. S. D.; PENNA, C. M. de M. Violência e maus tratos na infância: o olhar das crianças. **Revista Mineira de Saúde**, v.8, n.4, p.429-435, 2004.

BRASIL, **Lei 8080, de 19 de set.** 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>>. Acesso em 26 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual para orientação de agentes comunitários de saúde na abordagem da violência intrafamiliar**. Brasília, DF, 2002a.

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

_____. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília, DF, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS 01/93**. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 737 de 16.05.01. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 16 de maio de 2001. Brasília, DF, 18 de maio 2001. n.96, Seção 1E.

_____. Portaria MS Portaria MS/GM nº 737 de 16.05.01. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n.96, Seção 1E, 18 maio, 2001a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Direitos humanos e violência intrafamiliar**: informações e orientações para agentes comunitários de saúde. Brasília, DF, 2001b.

BRASIL. **Lei 8.069/1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. João Pessoa: A União, 1995.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas Constitucionais nºs 1 a 6/94. – Brasília, DF: Senado Federal, 2004.

BRITO, A. M. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, 2005.

BRUSCHINI, C. Teoria Crítica da Família. In: AZEVEDO, M.A.A. e GUERRA, V.N. de (Org.). **Infância e Violência Doméstica**: fronteiras do conhecimento. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CAMPOS, C.M.S.; MISHIMA, S.M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21 n.4, p.1260-1268, 2005.

CAMPOS, G.W. de S. **Saúde Paideia**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. de O (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

_____. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface – Comunicação, Saúde, educação**, 2007. Disponível em:< www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo12.pdf>. Acesso em: 02 set. 2007.

CAMPOS, F. C. B.; GUARIDO, E. L. O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In: SPINK, M. J. P. **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

CANGUILHEN, G. "Le normal et le Pathologique". In: VRIN, J. **La connaissance de la vie**, 2.ed. Paris, 1971. p.155-169.

CARNEIRO, G. **Um compromisso com a esperança**: história da Sociedade Brasileira de Pediatria, 1910/2000. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2000.

CARTA de Ottawa. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1, 1985, Ottawa. Disponível em: <www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2007.

CECCIN, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, 2005.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança da graduação das profissões de saúde sob o eixo da Integralidade. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20. n.5. p.400-410, 2004.

CECCIN, R.B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. M. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Rev. Ciência & Saúde**, Rio de Janeiro: Abrasco v.7, n.2, p.373-383, 2002.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ ABRASCO, 2001. p.113-126.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 13.ed. São Paulo: Ática, 2006a.

_____. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. São Paulo: Moderna, 2006b.

CIANCIARULLO, T. I. Necessidades humanas e saúde. In: CIANCIARULLO, T.I.; CONETTA, V. K. (Org.). **Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para o 3º milênio**. São Paulo: Ícone, 2002. v. 1, p.237-248.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. de. **Manual de Enfermagem Pediátrica**. Goiânia: Cultura e Qualidade, 2002.

CONANDA. **Encontros de articulação do CONANDA com os Conselhos Tutelares**. Brasília,DF, 2000.

COSTA, N. R. **Políticas públicas: justiça distributiva e inovação. saúde e saneamento na agenda social** São Paulo : Hucitec, 1998. 178 p.

COSTA, M.C.O. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.5, 2007.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, 1999.

DOMINGOS, S. A. **Integralidade nas políticas de saúde mental**. Disponível em: <www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&infolid=88&tpl=view_participantes>. Acesso em: 05 ago. 2007.

DOURADO, A.; FERNANDEZ, C. **Uma história da criança brasileira**. Belo Horizonte: Palco, 1999.

FELIZARDO, D.; ZÜRCHER, E.; MELO, K. Violência sexual: conceituação e atendimento. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF, 2004.

FERRARI, D. de A. Visão histórica da infância e a questão da violência. In: FERRARI, D. de A.; VECINA, T. C. C. (Org). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Agora, 2002.

FERREIRA, K. M. M. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes – nossa realidade. In: SILVA, L. M. P. da. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: EDUPE, 2002.

FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n.6, 2000.

FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia**. 6. ed. São Paulo: Ática; 1998.

_____. **Elementos de análise do discurso**. 7. ed. São Paulo: Contexto; 1999.

FIORIN, J. L.; BARROS, D. L. P. **Dialogismo, polifonia, intertextualidade: em torno de Bakhtin**. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 2003.

FIORIN, J. L.; SAVIOLI, F. P. **Para entender o texto: leitura e redação**. São Paulo: Ática, 1990.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, 1999.

FRIZZO, K. R.; SARRIERA, J. C. Práticas sociais com crianças e adolescentes: O impacto dos Conselhos Tutelares. **Revista Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, ano 26, n. 2, p.198-209, 2006.

GARCIA, S. de O. **Violência doméstica e as políticas de atenção à criança vitimizada: um estudo bibliográfico**. 2006. 66 f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva com enfoque em saúde da família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Rev. Interface – comunicação, Saúde, Educação**. Rio de Janeiro. v.9, n.17, p.287-301, 2005.

GOMES, R. et al. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, 2002.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: USP/F.M./DMP, 1992.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo, HUCITEC-ABRASCO, 1994.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.1-8, 2002.

GUERRA, V.N. de A. **Violência de pais contra filhos**: a tragédia revisitada. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

GUIMARÃES, Reinaldo. **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1999 225 p.

HELLER, A. **Teoria de las necesidades em Marx**. 2. ed. Barcelona: Península, 1986.

HOMEOSTASE. **O corpo humano**. Base de dados. Disponível em: <www.corpohumano.hpg.ig.com.br/generalidades/homeostase/homeostase4.html>. Acesso em: 12 jan. 2007.

HOCHMAN, G. Logo ali, no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitaria da Primeira República. **Rev. História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 5, p.217-235, 1998. Suplemento

IBGE. **João Pessoa**: 420 anos – 1585-2005. Vamos compreender João Pessoa. Disponível em: <www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/setur/acidade/joaopessoa_420.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2006.

KONDER, L. **O futuro da filosofia da práxis**: o pensamento de Marx no século XXI. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A de (org). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

LAURELL, A.C. A saúde doença como um processo social. In: NUNES, E. D. (org.) **Medicina Social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p.133-182.

LEITE, C.C. **A crise da Previdência social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

LESSA, S. **A ontologia de Lukács**. 2. ed. Maceió: EDUFAL, 1997.

LIBÂNEIO, J. C. **Democratização da escola pública**: a pedagogia crítico-social dos conteúdos. São Paulo: Cortez, 2002.

LIDCHI, V. O processo de entrevistar em casos de abuso sexual. Parte I: entrevistando menores vítimas de abuso sexual. **Rev. Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n.3, p.30-35, 2004.

LUZ, Madel F. **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva**: estudos sobre práticas corporais e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2003.

_____. Duas questões permanecem em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000.

_____. Fragilidade Social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A de (org). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

_____. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática” – anos 80. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Dumará, v. 1, n. 1, 1991.

_____. **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro, Graal, 1979, 295 p.

MANDU, D. N. T.; ALMEIDA, M.C.P. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. **Rev. Bras.Enfermagem**, Brasília,DF, v.52, n.1, p.54-66, 1999.

MACHADO, K. Experiências inovadoras no ensino da saúde. **Revista RADIS Comunicação em saúde**. Rio de Janeiro, n.49, 2006. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/radis/49/capa.html>. Acesso em: 12 nov. 2006.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARX, K. **O Capital**. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1996. Livro 1, v.1.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, 2004.

_____. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001.

MEDEIROS, L. C. A. de. **Crianças vítimas de violência familiar**: um estudo realizado no Conselho Tutelar da criança e do adolescente. 2006. 58f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

MENDES, E. V. et al. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: HUCITEC, 1993.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.3, 2004.

MENDONÇA, D. **História dos hospitais da capital paraibana**. João Pessoa: Sal da Terra, 2004.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. de O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. de. (Org.). Violência envolvendo crianças no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde/SVS. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF, 2005.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. Contextualização do Debate sobre violência contra Crianças e Adolescentes. In: BRASIL. **Violência faz mal à saúde**, Brasília, DF: MS, 2004.

_____. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.7-18, 1994.

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R., É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 7-32, 1999.

MOURA, A. T. M. S. de; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, 2005.

MOREIRA, M. A. S. P.; SILVA, A. O.; COUTINHO, M. da P. de L. Revisitando a interdisciplinaridade nas ciências da vida. In: OLIVEIRA, F. B. de; FORTUNATO, M. L. (Orgs.). **Ensaio: construção do conhecimento, subjetividade e interdisciplinaridade**. João Pessoa: Universitária/UFPB, 2001.

NARVAI, P.C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica?. In: GARCIA, D.V. (Org.). **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO, 2005. p. 28-42, Disponível em: <gices-sc.org/integralidade.html>. Acesso em: 21 out. 2006.

NEPOMUCENO, V. O Mau-Trato Infantil e o Estatuto da Criança e do Adolescente: os caminhos da prevenção, da proteção e da responsabilização. In: SILVA, L. S. P. da. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente**, Recife: EDUPE, 2002.

NICZ, L. F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, E. L. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1988. cap.3, p.163-197.

NJAINÉ, K. et al. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Rev. Ciência saúde coletiva**, v. 11, n. 2, p. 429-438, 2006.

NUNES, M.G.; SÁ, L.D.; VILLA, T.C.S. **Histórias da atuação de enfermeiras no combate e controle da tuberculose na Paraíba no período de 1950 a 1960**. 2005. Dissertação (Mestrado, Universidade Federal da Paraíba) João Pessoa.

OLIVEIRA, M. L. M. Atenção a Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência: Redes de Atenção – A Experiência de Goiânia. In: BRASIL. **Violência faz mal à saúde**, Brasília, DF: MS, 2004.

OLIVEIRA, J. A. de A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petropolis: Vozes, 1985. 360 p.

OLIVEIRA, V.L.A. de et al. Redes de proteção: novo paradigma de atuação – experiência de Curitiba. In: BRASIL. **Violência faz mal à saúde**, Brasília, DF: MS, 2004.

ONU. **Declaração dos Direitos da Criança**, 1959. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/decl_dir.htm>. Acesso em: 21 ago. 2007.

OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília, DF, 2002.

ORÍÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J.F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em 12 nov. 2006.

PAIN, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. 527 p.

PARO, V. H. **Escritos sobre educação**. São Paulo: Xamã, 2001.

PARPINELLI, R. F; LUNARDELLI, M. C. F. Avaliação psicológica em processos seletivos: contribuições da abordagem sistêmica. **Rev. Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 33, n. 4, p. 463-471, 2006.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2002.

PINHEIRO,R; GUIZARDI, F.L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A de (org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

PINHEIRO, R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências**. Brasília, DF, 2002.

PUCCINI, P.de T.; CECÍLIO, L.C. de O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1-16, 2004.

REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Rev. Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 1999.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p.3 6-43, 2004.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia á república velha. **Rev. Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n.1, 2006.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto: v. 8, n. 6, 2000.

SÁ, L. D.; CANESQUI, A. M. O serviço de higiene pública da Cidade da Parahyba. In: GARCIA, T. R.; SILMA, A. T. M. C. (Orgs.). **Saúde e realidade**. João Pessoa: EDUFPB, 2003. Série enfermagem, 2.

SAFFIOTI, H. I. B. A síndrome do pequeno poder. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. (Orgs.) **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu, 1989. p.13-21.

SANCHEZ, R. N.; MINAYO, C. de S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: BRASIL. **Violência faz mal à saúde**, Brasília, DF: MS, 2004.

SANTOS, N. R. dos. **Organização da atenção à saúde: é necessário reformular as estratégias nacionais de construção do “modelo SUS?”** Disponível em: <<http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/modelosus.doc>>. Acesso em: 28 ago. 2007.

SBP. **Guia de atuação frente a maus tratos na infância e na adolescência**: orientação para pediatras e demais profissionais de saúde. Rio de Janeiro, 2001.

SCHRAIBER, L.B.; GONÇALVES, R.B.M. Necessidades de saúde e atenção primária. In: LILIA, B.S; NEMES, M.I.B.; GONÇALVES, R.B.M. (Org.) **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 29-47.

SILVA, A.T.M.C. da. **A reforma psiquiátrica em João Pessoa-PB: limites e possibilidades de transformação do trabalho para produzir saúde mental**. 2003. 180f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo.

SILVA, K.L. et al. Influência das necessidades psicossociais na saúde mental das crianças. Online Brazilian **Journal of Nursing**, 2004. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn303silvaketal.htm>. Acesso em: 07 nov. 2006.

SILVA, M. C. M.; SILVA, L. M. P. da. **Guia de assistência integral à saúde da criança e do adolescente em situação de violência: abordagem multidisciplinar**. Recife: EDUPE, 2006.

SILVA, L. M. da; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 1994.

SOUZA, M de. **Efeitos de subjetivação, práticas sociais e emancipação social**: reflexões a partir de práticas psicológicas em contextos escolarizados. Coleção Oficinas do CES. Portugal. Disponível em: www.ces.uc.pt, Acesso em: 10 nov. 2006.

_____. Fios e furos: a trama da subjetividade e a educação. **Rev. Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 26, p. 119-132, 2004.

STOTZ, E. N. **Necessidade de saúde**: mediações de um conceito. 1991. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

TAKASHIMA, G. M. K. O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis – uma questão de postura. In: KALOUSTIAN S. M (org). **Família brasileira, a base de tudo**. São Paulo: Cortez, 1994.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org). **A Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p.68-112.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.257-277, 2003.

TUMOLO, P. S. Trabalho: categoria sociológica chave? A necessária continuidade da discussão. **Rev Universidade e Sociedade**. v. 8, n.15, p. 85- 93, 1998.

VASCONCELLOS, M. J. E. Pensando o pensamento sistêmico como o novo paradigma da ciência: o cientista novo-paradigmático. In: **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. São Paulo: Atlas, 2002. p. 147-184.

VIANNA, L. V. **Liberalismo e sindicato no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

VILAÇA, E. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. **Revista Mineira de Saúde Pública**, ano3, n.4, p. 4-26, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de consentimento livre e esclarecido



**Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

**AS NECESSIDADES DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA VÍTIMA DE
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM JOÃO PESSOA NO NOVO CONTEXTO DO SUS**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou Sandra de Oliveira Garcia, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Pretendo realizar uma pesquisa para desenvolvimento de minha dissertação de Mestrado, que tem como objetivo geral, compreender o significado que as necessidades de saúde representam para os processos de trabalho da equipe multiprofissional do serviço de saúde cenário deste estudo, depois do advento da nova política de saúde traduzida nos ideários do SUS, e, como objetivos específicos: Identificar as concepções dos diferentes profissionais da equipe de saúde sobre as necessidades de saúde da criança vítima de violência doméstica; Verificar as necessidades de saúde que orientam os processos de trabalho dos profissionais de saúde que cuidam de crianças vitimizadas, e, Analisar a tematização das necessidades de saúde da equipe multiprofissional na assistência à criança vítima de violência doméstica sob a ótica do princípio da integralidade da assistência pressuposta pelo SUS.

Acreditamos que esta pesquisa oferecerá subsídios para que os profissionais de saúde aprofundem o conhecimento a respeito da violência doméstica à criança e possam assim prestar uma melhor assistência às crianças vitimizadas, que são atendidas no serviço de saúde com problemas decorrentes da violência sofrida. Solicito sua colaboração no sentido de participar do processo de entrevista. Sua participação é livre, podendo também desistir dela durante o trabalho. Será garantido o sigilo absoluto sobre sua identidade. Caso aceito

participar da pesquisa, peço sua permissão para gravar as entrevistas e divulgar os resultados da pesquisa em eventos científicos e publicações nacionais e internacionais.

Agradeço-lhes atentamente

Sandra de Oliveira Garcia

Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
da UFPB

Declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa e aceito participar da mesma com liberdade de retirar meu consentimento, sem que isso traga nenhum dano para mim.

João Pessoa, ____/____/____

Assinatura da (o) participante do estudo

Pesquisadora

Contato com o entrevistador:

E-mail: sandragarcia04@ig.com.br

Fone: 3224-0736

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista destinado aos profissionais da equipe de saúde

Roteiro de entrevista com os profissionais de saúde

Dados de identificação dos sujeitos da pesquisa

Nome:

Profissão:

Tempo de serviço na instituição:

Cargo que ocupa:

Função:

Cursos realizados na área específica:

Ano:

QUESTÕES:

- 1 Fale sobre seu trabalho na assistência à criança vítima de violência doméstica.
- 2 Como você situa seu trabalho na nova organização do Sistema Único de Saúde? Quais dos princípios do SUS você busca priorizar na sua prática profissional?
- 3 Descreva um dia típico de seu trabalho propriamente dito. (aquilo que você faz como atividade específica de sua prática profissional, como elege as prioridades).
- 4 O que você compreende por necessidades de saúde? Quais as principais necessidades das crianças que você assiste e qual a relação dessas necessidades com o seu trabalho?

ANEXO

ANEXO

Certidão do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UFPB

CERTIDÃO:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 82ª Reunião Ordinária, realizada no dia 25/04/07 o projeto de Pesquisa da Interessada Profª Drª Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva intitulado “As necessidades de saúde na assistência à criança vítima de violência doméstica em João Pessoa no novo contexto do SUS”. Protocolo nº 1065/07.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Profª. Eliane Marques D. de Sousa
Coordenadora CEP/CCS

CIDADE UNIVERSITÁRIA – CAMPUS I – CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – TELEFONE: 32167791