

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

GABRIELA SILVA DOS SANTOS

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL
DA ESF SOBRE VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO - RJ.**

Rio de Janeiro

2011

GABRIELA SILVA DOS SANTOS

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL
DA ESF SOBRE VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO - RJ.**

**Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá como requisito para
obtenção do grau de Mestre em Saúde da
Família.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Claudia Leite de
Moraes.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Marilene Cabral
do Nascimento

Rio de Janeiro

2011

GABRIELA SILVA DOS SANTOS

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL
DA ESF SOBRE VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO - RJ.**

**Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá como requisito para
obtenção do grau de Mestre em Saúde da
Família.**

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

**Prof^a. Dr^a. Claudia Leite de Moraes
Universidade Estácio de Sá**

**Prof^a. Dr^a. Luciana Maria Borges da Matta Souza
Universidade Estácio de Sá**

**Prof^a. Dr^a. Gisele Caldas Alexandre
Universidade Federal Fluminense**

À Isabela, meu maior amor e a razão de tudo!
Aos meus pais pela paciência, incentivo e pela confiança.
À minha irmã Daniela, aos meus tios Sônia, Carminha e Beto e minha avó Terezinha que sempre ajudaram em minha trajetória acadêmica e pessoal.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me concedeu a vida, e abençoa cada dia dela.

À minha família, que sempre esteve ao meu lado e acreditou em mim. A minha filha Isabela, que um dia compreenderá cada ausência minha.

À Prof^a. Claudia Leite de Moraes, que me orientou, ensinou e compreendeu cada momento meu.

À Prof^a. Marilene Cabral por sua grandiosa colaboração e orientação neste trabalho.

A todos os professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família por passarem seus conhecimentos e transformarem minha visão da Saúde.

À Aline Luna, da Secretaria do Mestrado por sua atenção a cada pergunta enviada e respondida.

À Cecília Cruz que fez as transcrições das entrevistas.

À FAPERJ que apoiou financeiramente o estudo.

À Coordenação da Estratégia de Saúde da Família de Belford Roxo, aos meus colegas da Saúde Bucal, a minha equipe de Parque Esperança, todos colaboradores e compreensivos sobre a importância desta pesquisa.

Aos colegas de turma e amigos, já que ao longo de dois anos juntos, rimos, choramos, lutamos e nos desesperamos para completar esta jornada. Em especial, as minhas amigas de curso Rachel, Janaína, Marta e Adelaide, que me ajudaram nas horas em que mais desanimei e pensei em desistir.

A todos que de alguma forma passam pela minha vida, me apóiam e contribuem para meu crescimento profissional e pessoal.

**“O que se faz agora com as crianças é o que elas farão depois com a
sociedade.”**

Karl Mannheim

RESUMO

Introdução: A Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui grande potencial na construção de estratégias de prevenção e detecção precoce da violência, na interrupção de situações instaladas e no acompanhamento de famílias. Como a violência presente nos lares atinge todos os membros de uma família, é essencial que todos os membros da Equipe de Saúde da Família (EqSF) participem das etapas de atuação do serviço de saúde. A violência contra crianças e adolescentes em famílias adscritas pode ser percebida de diversas formas e uma delas pode ser através da percepção das Equipes de Saúde Bucal (ESB). **Objetivos:** O presente estudo analisou conhecimentos, atitudes e práticas das ESB da Estratégia de Saúde da Família em relação à violência familiar contra crianças e adolescentes no município de Belford Roxo, RJ. **Material e Método:** Este estudo foi realizado utilizando-se procedimentos e métodos de natureza qualitativa, sendo o estudo de caso como modalidade de pesquisa. O cenário de estudo foi caracterizado por equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família do município de Belford Roxo, localizado na Baixada Fluminense, RJ. A população de estudo foi composta de 5 equipes situadas em áreas de maior risco social e vulnerabilidade, totalizando 15 profissionais, distribuídos em 3 categorias por equipe (cirurgião-dentista, técnico de saúde bucal, auxiliar de saúde bucal). Os dados foram coletados através de entrevista individual semi-estruturada. O tratamento e a interpretação dos dados coletados foram baseados na Análise de Conteúdo, com abordagem temática. **Resultados:** Os principais resultados encontrados foram que os profissionais da ESB reconhecem a ocorrência da violência no território, mas têm dificuldades na identificação de casos, por falta de habilidade e por medo de lidarem com a violência nas famílias adscritas. Sentem-se despreparados e desconhecem procedimentos como a notificação. Há o interesse por parte dos profissionais em adquirir mais conhecimentos através de educação permanente. Detectou-se também o isolamento da ESB do restante da EqSF, com pouca integração entre equipe. **Conclusões:** A ESB tem grande potencial de suspeição e detecção de casos de violência em todas as suas ações pertinentes, mas principalmente no atendimento e consultório odontológico e na visita domiciliar. Faz-se necessário rever a prática do serviço de saúde, a comunicação intersetorial, o isolamento da ESB e sua integração com a EqSF e respectivos gestores. A sensibilização dos profissionais da ESF é primordial para as iniciativas do enfrentamento a violência familiar.

Palavras-chave: Violência contra a criança e o adolescente; violência familiar; Estratégia Saúde da Família; Saúde Bucal.

ABSTRACT

Introduction: The Family Health Strategy has great potential in violence prevention and early detection strategies construction, in installed situations interruption and families follow up. As violence presence at homes affects all family members, it's essential that all Family Health Teams take part in action stages at health service. The violence against children and adolescents in families can be perceived in different ways, and one of those can be through Buccal Health Teams perception.

Objectives: The present study analyzes knowledges, attitudes and practices of Buccal Health Strategy in Health Family Strategy in relation to family violence against children and adolescents in Belford Roxo, Rio de Janeiro State. **Method:** This study was made using procedures and methods of qualitative nature, being case study the kind of research. The study scene was characterized by Buccal Health Teams of Belford Roxo's Family Health Strategy, Rio de Janeiro State. The study population was composed by 15 professionals, at social risk areas and vulnerability, in 3 categories by team (dental surgeon, buccal health technician and buccal health attendant). Data was collected through semi-structured individual interview. Treatment and data interpretation were based on content analysis method, with themes approach. **Results:** The results of the study show that Buccal Health professionals recognize violence on their territories, but with difficulties in cases identification, by inability and by fear when dealing with family violence. They feel unprepared and ignore procedures like notification. Professionals have interest in obtain knowledges by Permanent Education. Isolation by Buccal Health Teams in relation to the rest of Family Health Strategy really exists. **Conclusions:** Buccal Health Teams have great potential of suspicion and detection in violence cases in all thei actions, principally in dental office attendance and in home visit. It's necessary to review health service practice, intersetorial communication, Buccal Health teams isolation and integration with Family Health Teams and management. Sensitization of the Family Health it's essential to the confrontation of family violence.

Key-words: Children and adolescents violence; family violence; Family Health Strategy; Buccal Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAPIA - Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CD – Cirurgião-dentista

CGDANT - Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

CLAVES - Centro Latino-Americano de Estudos da Violência e Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

DRP - Diagnóstico Rápido Participativo

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESB – Equipe(s) de Saúde Bucal

EqSF – Equipe(s) de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano por Município

THD – Técnico de Higiene Dental

TSB – Técnico de Saúde Bucal

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Panamericana da Saúde

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

PAIR - Programa de Ações Integradas e Referenciais

PIB – Produto Interno Bruto

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

Pronasci - Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

SEDH - Secretaria Especial de Direitos Humanos

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

TCE – Tribunal de Contas do Estado

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USF – Unidade de Saúde da Família

VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes

VFCA - Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 VIOLÊNCIA E SAÚDE.....	16
1.1.1 Definições e Tipologias da Violência.....	16
1.1.2 Violência como Problema de Saúde Pública.....	17
1.1.3 Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes no Brasil.....	19
1.2. O PROGRAMA/ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A REORIENTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	25
1.2.1 Criação e implantação da ESF.....	25
1.2.2 Inserção da Saúde Bucal na ESF.....	29
1.2.3 EqSF e Saúde Bucal no Enfrentamento à Violência.....	32
1.3 O MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO - CONTEXTUALIZAÇÃO DO TERRITÓRIO.....	37
1.3.1 Caracterização Sócio-Demográfica e Econômica.....	37
1.3.2 Belford Roxo e a Violência.....	40
1.3.3 A ESF e a Saúde Bucal No Município.....	42
2. JUSTIFICATIVA.....	45
3. HIPÓTESE.....	47
4. OBJETIVOS.....	48
5. PROCEDIMENTOS E MÉTODOS.....	49
5.1 CENÁRIO E POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	50
5.1.1 Perfil Profissional das Equipes de Saúde Bucal entrevistadas.....	51
5.2 PESQUISA DE CAMPO.....	52
5.2.1 Instrumentos de Coleta.....	52
5.2.2 Registros dos dados colhidos.....	53
5.3 ANÁLISE DO MATERIAL.....	53
5.4 QUESTÕES ÉTICAS.....	54

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	56
6.1 PERCEPÇÕES E CONHECIMENTOS SOBRE A VIOLÊNCIA NAS ESB	56
6.1.1. Reconhecimento da violência no território.....	56
6.1.2. Suspeição de casos nos espaços de atuação das ESB.....	58
6.1.3. Quem deve lidar com os casos de violência?.....	60
6.1.4. O tema Violência na formação dos profissionais de Saúde Bucal..	61
6.2 AÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL FRENTE À VFCA.....	65
6.2.1. Promoção de bons tratos e Prevenção de casos.....	65
6.2.2. Detecção de casos de VFCA.....	66
6.2.3. Notificação e Acompanhamento de casos.....	67
6.2.4. Sentimentos e limitações dos profissionais.....	68
6.2.5. Trabalho em Equipe.....	70
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
APÊNDICE I.....	89
APÊNDICE II.....	93
ANEXO I.....	94
ANEXO II.....	95
ANEXO III.....	102

APRESENTAÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes não é fato recente, já que ao longo da história, tem sido uma prática habitual, justificada e aceita por diferentes sociedades. No entanto, a preocupação com o abuso infantil ocorreu a partir de 1874, nos Estados Unidos, com o caso de Mary Ellen Wilson, abandonada pela mãe, com pai falecido na Guerra Civil, ficando sob os cuidados da madrastra que a maltratava e negligenciava. Como não havia, na época, nenhuma entidade que defendesse os direitos da criança, ela foi protegida pela Sociedade Norte Americana para Prevenir a Crueldade contra os Animais (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

A violência passou a ter visibilidade na área da Saúde a partir dos anos 60, quando os profissionais começaram a denunciar várias modalidades de violência contra crianças e adolescentes. Um marco foi a descrição da “síndrome do bebê espancado” por Kempe et al (1962). Na década de 70, outro marco foi a citação do “espancamento de avós” para categorizar maus-tratos contra idosos. A partir da década de 80, iniciam-se maiores debates políticos e sociais sobre violência no campo programático da saúde. Mas é a partir de 1990 que a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) começam a discutir o tema violência em diferentes âmbitos e países, culminando em: uma conferência da OPAS em 1994; uma Assembléia Mundial de países da Organização das Nações Unidas (ONU) e OMS onde a redução da violência deveria ser prioridade para as Américas; e na produção de um Relatório Mundial sobre Violência e Saúde pela OMS em 2002.

A infância é uma fase da vida delicada, que requer investimentos afetivos e sociais, já que os cuidados prestados pela família e por grupos sociais influenciarão sua sobrevivência, qualidade de vida e valores pessoais. Já a adolescência é uma fase em que “se constrói a imagem de si e varias competências cognitivas e socioculturais rumo à inserção nas relações da sociabilidade adulta”. A OPAS, a OMS e o MS delimitam a adolescência dos 10 aos 19 anos, enquanto que para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) a adolescência abrange a fase dos 12 aos 18 anos de idade. Enquanto as crianças são mais sujeitas à violência familiar, a população de adolescentes e jovens masculinos é mais vulnerável aos riscos

decorrentes do abuso de drogas lícitas e ilícitas, dos acidentes de carro, bicicletas e skates e por armas de fogo e afogamentos, da violência física extrafamiliar, das tentativas de suicídios mais efetivas e da mortalidade por homicídio, principalmente nos grandes centros urbanos (ASSIS; DESLANDES; SANTOS, 2005; DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005; CORDELLINI, 2007).

O setor Saúde constitui-se como um espaço amplo de enfrentamento da violência (promoção dos bons tratos, prevenção da violência, detecção precoce de casos e acompanhamento de famílias em situação de violência) junto com demais integrantes da rede de proteção à criança, porém pouco explorado. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui grande potencial na construção de estratégias de prevenção e detecção precoce do problema, na interrupção de situações instaladas, e no acompanhamento de famílias em situação de violência. Como a violência presente nos lares atinge todos os membros de uma família, é essencial que a Equipe de Saúde da Família (EqSF) participe das etapas de atuação do serviço de saúde, incluindo Agente Comunitário de Saúde (ACS), técnicos e auxiliares, enfermeiros, médicos e dentistas. Não somente em consultas de rotina e visitas domiciliares preconizadas, mas em todas as situações em que houver oportunidade para interagir com as famílias, o que nem sempre é possível na Unidade de Saúde da Família (USF). A presença da EqSF nas comunidades é uma porta para a transformação social, através da educação em saúde. A Equipe de Saúde Bucal, no entanto, ainda parece não muito integrada ao restante da equipe, especialmente em casos de violência, pois a prática odontológica reflete ainda o aspecto curativo, do atendimento isolado em consultório dentário, distante do cuidado integral proposto pela ESF. Isto reflete a necessidade de sensibilizar as ESB e ampliar o olhar destes profissionais, que possuem boas oportunidades na prevenção e detecção de casos (MORAES; ROCHA, 2009; APRATTO JUNIOR; MORAES, 2010).

Visando trazer ao debate o papel dos profissionais de saúde bucal no enfrentamento da violência contra a criança no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), o presente estudo pretende abordar cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal da ESF do município de Belford Roxo, cidade da Baixada Fluminense, na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, e perceber como estes profissionais lidam com a questão da violência familiar contra crianças e adolescentes no âmbito de suas atuações nas equipes de Saúde da Família. Estes

profissionais percebem atos de violência em crianças e adolescentes? O que os profissionais sabem, conhecem e acham que podem fazer diante de uma situação de violência familiar contra crianças e adolescentes? Os profissionais discutem a situação com sua equipe de Saúde da Família? Os profissionais gostariam de estar mais capacitados a detectar situações de violência? Os profissionais conhecem e sabem realizar o procedimento de notificação? Estas são algumas das questões norteadoras que o projeto pretende responder.

Espera-se que o estudo promova a sensibilização não só dos profissionais de Saúde Bucal, mas também dos demais profissionais que compõem as equipes da ESF no que concerne a importância da intersetorialidade e da interdisciplinaridade na abordagem do problema violência nos territórios. Prevenir violência, promover bons tratos e intervir em situações de violência instalada são ações que não devem ser compartimentalizadas, e sim planejadas e trabalhadas de forma conexa. Com a finalidade de se obter um diagnóstico das estratégias de enfrentamento da violência e possibilitar ações de saúde na ESF em Belford Roxo, o objetivo desta pesquisa é analisar conhecimentos, atitudes e práticas das equipes de Saúde Bucal belfordroxenses diante da violência familiar contra crianças e adolescentes. Com este intuito, o estudo fará uma análise do que as Equipes de Saúde Bucal (ESB) reconhecem e identificam como situações de Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes (VFCA) nas famílias adscritas; identificará se as ESB percebem o fenômeno da VFCA como algo a ser enfrentado pela equipe de Saúde da Família; pesquisará os saberes e práticas dos profissionais em relação à notificação compulsória dos casos suspeitos de VFCA e buscará conhecer as experiências dos profissionais no enfrentamento da VFCA em seu território.

A dissertação é composta por sete seções: introdução, justificativa, hipótese, objetivos, procedimentos e métodos, apresentação dos resultados, discussão e considerações finais. Na sequência, apresentam-se as referências bibliográficas, apêndices e anexos. A introdução está dividida em três subseções, sendo a primeira uma abordagem sobre Violência e Saúde, na qual são apresentadas as definições e tipologias da violência, a violência como problema de Saúde Pública e a situação da violência familiar contra crianças e adolescentes no Brasil. A segunda subseção aborda a ESF enquanto estratégia de reorientação da Atenção Primária, apresentando os marcos de sua criação e implantação, da inserção da Saúde Bucal

na ESF, as competências da Equipe de Saúde Bucal na ESF e o papel da EqSF e Saúde Bucal no enfrentamento à violência. A terceira subseção aborda o município de Belford Roxo, seu histórico, a caracterização sócio-demográfica e econômica, a situação da violência no município e a ESF e a situação da atenção à Saúde Bucal pela equipe de Saúde da Família no município.

A segunda seção apresenta as justificativas para a realização do projeto. A terceira seção relata a hipótese de estudo. Na quarta seção são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos. A quinta seção corresponde aos Procedimentos e Métodos, dividida em quatro subseções: a primeira, apresenta o cenário e a população de estudo; a segunda, apresenta como foi feita a pesquisa de campo, com os instrumentos de coleta de dados e informações sobre como foram feitos os registros dos dados; a terceira com a análise do material; e a quarta apresenta as questões éticas relativas à aceitação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Nesta seção, demonstra-se a opção metodológica pelo estudo de caso, de natureza qualitativa enquanto princípio metodológico da pesquisa de campo. Na sexta seção apresentam-se os resultados e a discussão, sendo dividida em duas: percepções e conhecimentos sobre a violência nas ESB e ações das equipes de Saúde Bucal frente a VFCA, onde foram explorados os principais aspectos das entrevistas. Na sétima seção são apresentadas as considerações finais, com suas lacunas, conclusões e sugestões do estudo, e sobre como a Saúde Bucal pode contribuir no enfrentamento da VFCA.

Em seguida, encontram-se as referências bibliográficas utilizadas para desenvolver os marcos teóricos do projeto, bem como as demais seções. No que se refere aos apêndices, apresenta-se o roteiro semi-estruturado utilizado na pesquisa de campo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a ser preenchido pelos participantes da pesquisa. E ao final, o anexo I, com a “Tabela de Indicadores de maus-tratos em crianças e adolescentes”, o anexo II com a Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006, com “As Atribuições dos Profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS” e o anexo III, com a “Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências”, do Ministério da Saúde.

1. INTRODUÇÃO

1.1 VIOLÊNCIA E SAÚDE

1.1.1 Definições e Tipologias da Violência

Krug et al. (2002), no Relatório da OMS, sugeriram uma tipologia para classificação da violência, conforme as características de quem comete o ato de violência, em três grandes categorias. A primeira é a Violência Auto-Infligida, ou dirigida a si mesmo, que é subdividida em comportamentos suicidas (tentativas de suicídio e pensamentos suicidas ou suicídio propriamente dito) e o auto-abuso (atos de automutilação). A segunda categoria é a Violência Interpessoal, esta com duas subdivisões: Violência familiar ou entre parceiros íntimos, que inclui as formas de violência como abuso infantil, violência contra a mulher, violência sexual, violência contra idosos, violência contra pessoas com deficiência; e a Violência Comunitária, que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco, podendo ser conhecidos ou estranhos. Geralmente ocorre fora de casa, nos espaços públicos. Este grupo envolve os casos de estupro por desconhecidos, violência juvenil, violência institucional (em escolas, asilos, trabalho, prisões, serviços de saúde etc.) e a violência no trabalho (assédio moral e sexual). Muitas vezes é denominada como violência urbana. A terceira categoria é a Violência Coletiva, com três subdivisões: Social (crimes de ódios por grupos organizados, atos terroristas e violências de multidões); Política (guerras e conflitos de violência, violência de estados e atos de grandes grupos); e Econômica (ataques de grupos maiores motivados por ganhos econômicos, para interromper a atividade econômica de um país ou região, negar acesso a serviços essenciais ou criar fragmentação econômica).

A violência familiar se caracteriza por “todo tipo de omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica, a liberdade, ou direito de desenvolvimento de algum membro da família”. A violência contra a criança pode ocorrer sob diversas manifestações, em diferentes grupos econômicos e sociais, sendo essencial sua compreensão para o melhor entendimento das estratégias de promoção à saúde e prevenção (MASCARENHAS et al., 2010, p.347).

Minayo sugere que se acrescente outro tipo de violência à classificação da OMS - violência estrutural -, que em decorrência da estrutura social e das

desigualdades produzidas, pode se manifestar nos espaços públicos, atingindo meninos e meninas de rua, em reformatórios, abrigos, ou produzidas contra meninos e meninas trabalhadores. Segundo a autora, a maioria dos tipos de violência citados anteriormente tem sua base na violência estrutural (MINAYO, 2006; MASCARENHAS et al, 2010).

[...] se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria, e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adulto-cêntrico sobre crianças e adolescentes (MINAYO, 2006, p.81).

Segundo alguns autores, a violência apresenta uma forte associação com a pobreza, é muitas vezes resultante das desigualdades sociais e da exclusão, sendo suas raízes encontradas nas estruturas sociais, econômicas, políticas e nas consciências individuais (MALTA, 2007; ANDRADE; FONSECA, 2008).

Conforme Bazon (2008, p.331), as formas de violência são muito imbricadas, a tal ponto de ser difícil classifica-las, pois “seus determinantes são de natureza macro e microssocial, sendo expressos, por vezes, no plano das relações interpessoais”.

Nos últimos anos, outro tipo de violência vem chamando à atenção. A violência escolar, ou bullying¹, manifesta-se por atos de violência física e psicológica, tais como as ameaças, humilhações, dentre outros entre escolares, onde o mais forte ou mais influente tende a agredir os ‘mais fracos’ ou mais vulneráveis de forma rotineira (MASCARENHAS et al, 2010).

1.1.2 Violência como problema de saúde pública

A violência tem custos altos para a assistência à saúde e o absenteísmo laboral, afetando a economia. Além disso, o custo humano da violência é alto e de difícil mensuração, com prejuízos psicológicos, físicos e sociais (KRUG et al., 2002).

¹ O bullying compreende todas as atitudes agressivas, intencionais e repetidas, que ocorrem sem motivação evidente, adotadas por um ou mais estudante contra outro(s), causando dor e angústia, sendo executadas dentro de uma relação desigual de poder (LOPES NETO, 2005).

Em 2003, a OPAS publicou o documento “Repercussão da Violência na Saúde das Populações Americanas” visando a análise do problema e o estabelecimento de normas de forma a por em prática a política da Organização na prevenção regional da violência, já que esta é prioridade na saúde pública. Foi ressaltada a necessidade de um maior compromisso dos governos para a execução de planos e programas intersetoriais e sustentáveis. O setor Saúde desempenha seu papel na atenção e reabilitação das vítimas, e na implantação de projetos de prevenção, desenvolvimento de sistemas de informação e impulso à pesquisa das causas e fatores de risco. As comunidades e suas organizações civis são fundamentais na participação na busca e aplicação de projetos preventivos em violência:

[...] violência em todas suas manifestações é uma prioridade de saúde pública que ameaça o desenvolvimento dos povos, afeta a qualidade de vida e desgasta o tecido social. A Região das Américas é uma das mais afetadas pela violência, com um impacto negativo de grande magnitude, especialmente nos países mais afetados. Estima-se que mais de 120.000 pessoas são assassinadas e mais de 55.000 cometem suicídio a cada ano. As mulheres e as meninas e meninos sofrem violência intrafamiliar, os jovens são vítimas e algozes da violência nas ruas e a violência sexual ou no lugar de trabalho afeta a saúde física e psicológica das pessoas prejudicadas (ibid, p.1).

De acordo com dados epidemiológicos do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM), no Brasil, atualmente, a violência contra crianças e adolescentes é a primeira causa de morte entre indivíduos com idade entre 5 e 19 anos e a segunda entre os com idade entre 1 e 4 anos. Desta forma, casos de abuso e maus-tratos à criança podem ser considerados um grave problema social e de saúde pública (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Segundo Malta (2007), é importante fazer da violência alvo de políticas públicas de saúde, por sua importância enquanto problema que afeta a saúde individual e coletiva. Por isso, foi criada uma rede de prevenção de violência no Ministério da Saúde para o desenvolvimento de estratégias pactuadas de vigilância, prevenção e controle sustentável das violências e fatores de risco, apoiadas nas realidades social, econômicas e regionais do País. Os participantes destas redes

são gestores, profissionais de saúde, instituições públicas, instituições de ensino e pesquisa e entidades profissionais; e conselhos de saúde, instituições privadas e instituições não governamentais.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), a violência afeta toda a sociedade, atingindo crianças, adolescentes, homens e mulheres, durante diferentes períodos de vida ou por toda a vida. É responsável no mundo inteiro por adoecimento, perdas e mortes e se manifesta através de ações realizadas por indivíduos, grupos, classes e nações, provocando danos físicos, emocionais e/ou espirituais a si próprios ou a outros.

Crianças filhas de mães que sofrem violência intrafamiliar têm três vezes mais chances de adoecer e mais da metade dessas crianças repetem pelo menos um ano na escola, abandonando os estudos, em média, aos nove anos de idade. Os homens são as principais vítimas dos acidentes, contribuindo com o maior número de mortos e de traumatizados. A cada 100 mil ocorrências, 54 envolvem homens, enquanto as mulheres representam 4,4 desse universo. As vítimas de violência utilizam mais os hospitais e serviços de emergência por apresentarem mais problemas de saúde, o que compromete também seu desenvolvimento social e econômico (BRASIL, MS, 2009, p.6-7).

1.1.3 Violência familiar contra crianças e adolescentes no Brasil

A violência familiar é um tipo de violência interpessoal, sendo talvez a mais comum dentre aquelas praticadas contra a criança e o adolescente. Ela pode traduzir um abuso do poder disciplinar e coercitivo dos pais ou responsáveis. Como sua presença ocorre na esfera do privado, a violência familiar acaba por tornar-se sigilosa. De modo geral, quando esta ocorre contra crianças e adolescentes, ela se manifesta de diferentes formas: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional e negligência (BRASIL, MS, 2000; KRUG et al., 2002).

Segundo Minayo (2006), e conforme levantamentos do IBGE, no Brasil cerca de 20% das crianças e adolescentes sofrem violência física e 80% dos agressores são seus próprios pais. As crianças são as maiores vítimas em suas famílias, pois

são atingidas como se elas fossem válvulas de escape para a raiva, os ressentimentos, as impaciências e emoções negativas dos outros membros. Em famílias onde se observam maus-tratos e abusos contra algum de seus membros, é mais provável que todos acabem sofrendo agressões. A violência familiar também se constitui um problema importante porque se configura um importante fator de risco para a saída de crianças e adolescentes de seus lares e chegada às ruas dos centros urbanos, onde se fazem novamente vítimas de exploração sexual, formas vis de trabalho, dependência de drogas e outras formas de violência (ASSIS; DESLANDES; SANTOS, 2005; DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005).

Diversas pesquisas mais recentes também evidenciam a grande frequência do problema em nosso meio. O estudo de Martins (2007), por exemplo, que avaliou a frequência de violência psicológica, utilização de castigo corporal e violência física contra a criança, em famílias adscritas ao PSF Lapa, RJ em 2007, estimou que 93,6% dos lares havia sido palco para atos de agressão psicológica no ano anterior à entrevista. O castigo corporal foi referido por 84,6% das mães entrevistadas, a violência física de qualquer natureza foi declarada por 39,1% dos respondentes e a agressão física grave contra a criança por 9,0%. Observou-se que as mães foram mais agressivas que os pais. Entretanto, a maioria das crianças sofria situações de agressão psicológica e de castigo corporal de ambos os pais.

Alexandre (2008) realizou um inquérito transversal no ambulatório de pediatria de dois serviços públicos de saúde no Rio de Janeiro, de setembro de 2006 a janeiro de 2007, com 385 mulheres que possuíam um parceiro atual e um filho entre um e doze anos de idade. Foi observada uma alta prevalência da violência doméstica contra crianças entre lares com padrastos, onde o abuso físico grave foi encontrado em 14,8% das casas com um padrasto (n=54) e em 5,8% das casas com dois pais genéticos (n = 331). No entanto, o risco elevado de abuso dos filhos foi devido ao abuso perpetrado pela própria mãe, e não pelo padrasto.

O estudo de Moura et al. (2008) confirma as altas prevalências das diferentes formas de violência contra crianças em famílias cariocas. Segundo os autores, a prevalência de violência psicológica, negligência e violência física foi de 94,8%, 60,3% e 47,2%, respectivamente, entre crianças atendidas em dois hospitais de emergência no Rio de Janeiro no ano de 2005.

O problema não é relevante apenas no município do Rio de Janeiro. Estudando a prevalência de violência familiar, de natureza física e psicológica, sofrida por crianças cadastradas ao Programa Médico de Família de Niterói/RJ, Rocha (2008) revelou uma alta prevalência de violência contra a criança no ambiente familiar. Segundo o autor, considerando apenas os doze meses anteriores à entrevista, a agressão psicológica contra a criança havia ocorrido em 96,7% dos domicílios. O castigo corporal foi referido por 93,8% dos respondentes. A violência física menor foi praticada por 51,4% dos pais, e os maus-tratos físicos graves foram referidos em 19,8% dos lares. Neste estudo, a mãe foi a principal perpetradora de todos os tipos de maus-tratos, embora a maioria das crianças sofresse agressões psicológicas e punições corporais por parte de ambos os pais.

O estudo de Mascarenhas et al. (2010) descreveu o perfil dos atendimentos de emergência por lesões relacionadas à violência em crianças (< 10 anos de idade) atendidas em serviços do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) do Ministério da Saúde, durante 30 dias consecutivos em cidades selecionadas no Brasil, 2006 e 2007. De 518 crianças atendidas, predominaram as vítimas do sexo masculino (60,6%), idade de 5-9 anos (52,1%) e negros (71,2%). Sobressaíram-se as ocorrências no domicílio (55%), com lesão por corte/perfuração (34,2%) e evolução para alta (68,7%). A forma de violência mais frequente foi a agressão física (67,4%), podendo envolver espancamento, objetos perfurocortantes e ferimentos por arma de fogo. Os demais tipos de violência incluíram negligência (32%), abuso psicológico (9,5%) e violência sexual (3,5%). Em sua maioria, os agressores eram do sexo masculino (48,1%) e familiares da vítima (36,3%).

Em um estudo da ABRAPIA (1999), ao se questionar quantas crianças e adolescentes sofriam violência doméstica no Brasil, em 1999, em analogia a dados norte-americanos, estimou-se que, por ano, 726 mil crianças/adolescentes eram vítimas da violência doméstica no Brasil, ou seja, 82 por hora ou mais de 1 por minuto, considerando-se então a população brasileira em 181 milhões, sendo 72 milhões menores de 19 anos.

O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), de 1990, pode ser considerado um grande avanço dentre as políticas de proteção da criança e adolescente. Em seu art. 4.º determina que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos à

vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária. Quanto ao direito à vida e à saúde, segundo o art. 7º, estes devem efetivados através de políticas públicas que permitam o nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Seu art. 16º esclarece que o direito à liberdade abrange o direito de locomoção, de expressão, de crença, de diversão, de participação da vida familiar, comunitária e política (nos termos da lei) e de refúgio. O direito ao respeito, conforme o art. 17º, consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente. Para tanto se deve preservar a imagem, a identidade, a autonomia, os valores, as idéias e as crenças, os espaços e os objetos pessoais. A criança e o adolescente, conforme determina o art. 18º, devem estar protegidos de todo e qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório e constrangedor, garantindo assim sua dignidade. Já o art. 19º dispõe que “toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta”. O direito à educação, garantido no art. 53º, tem por finalidade o pleno desenvolvimento da criança e adolescente, o preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho (CURY, 2006).

Apesar do grande avanço que o ECA representa, ainda há muitos desafios a serem vencidos. Zottis et al. (2006) expressaram bem as relações assimétricas e hierárquicas de poder dentro da família, seja entre o casal, ou entre pais e filhos. Segundo o autor, “crianças são consideradas socialmente inferiores”. Quem detém o poder machuca e domina os que estão em posição inferior, e a nossa cultura admite a aplicação do castigo corporal e da palmada como práticas normais e aceitáveis, já que aos pais é conferido o poder de disciplina.

A notificação é uma informação emitida pelo setor saúde ou qualquer outro órgão ou pessoa para o Conselho Tutelar, a fim de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus-tratos. O ato de notificar visa uma interrupção das atitudes e comportamentos violentos no contexto familiar ou por qualquer parte de qualquer agressor. Apesar de a notificação ser obrigatória, o profissional de saúde que a realiza reconhece as demandas especiais e urgentes da vítima e traz a responsabilidade para o poder público. Além disso, a notificação não é um favor à vítima, pois ela se constitui um

direito que a criança e o adolescente têm. O art.º 13 do ECA diz que casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescentes serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar. Hospitais, delegacias, vizinhos e parentes devem comunicar ao Conselho. O art.º 245 do ECA elenca as pessoas quem têm a obrigação de efetivar a referida comunicação de maus-tratos: médicos, professores, responsáveis por estabelecimentos voltados à saúde, ensino fundamental, pré-escola ou creche, incidindo nas sanções administrativas no caso de descumprimento (ISHIDA, 1998; BRASIL, MS, 2002). Apesar de esta norma estar presente em vários documentos oficiais, ainda é preciso ampliar a difusão da importância da notificação da violência contra crianças e adolescentes, sensibilizando os profissionais envolvidos e a população em geral para o enfrentamento dessa questão como defesa dos direitos de cidadania (GONÇALVES; FERREIRA, 2002; VIEIRA; KATZ; COLARES; 2008).

Gomes et al. (2002) declararam ser importante saber quais são os critérios adotados pela equipe de saúde para o levantamento de suspeitas em casos de violência contra crianças e adolescentes e como se realizam os encaminhamentos. Entre notificar, como preconiza o ECA, e a prática dos profissionais existe uma distância a ser vencida, pois nem sempre os profissionais estão preparados para tais atribuições. É possível que alguns motivos para a baixa notificação de casos e discussão dos mesmos nas reuniões de equipe sejam o receio de retaliações, a percepção de que consultório não é espaço para detecção, e/ou a dificuldade na identificação dos sinais e sintomas de abuso infantil, já que os maus-tratos podem assumir uma visibilidade ou invisibilidade na identificação por parte dos profissionais. Além disso, os profissionais nem sempre acreditam na resolubilidade dos casos.

A suspeita ou confirmação de abusos ou maus-tratos também ainda é um desafio para os profissionais da saúde em função da precariedade das informações técnicas e científicas apreendidas pelo profissional, o que acarreta uma baixa sensibilização dos mesmos para a causa. De fato, existe uma falha curricular na maior parte dos cursos da saúde para a abordagem da questão da violência. Sabe-se que a ação efetiva dos profissionais da saúde é um dos fatores que pode contribuir significativamente para a redução do problema (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Segundo Silva et al. (2009)^a, apesar dos profissionais considerarem importante a notificação, o número de notificações ainda é muito pequeno,

possivelmente devido à falta de um protocolo de orientação e respaldo a ação profissional. Os autores recomendaram que, para o enfrentamento da violência, sejam indicados a abordagem multiprofissional, a existência de protocolos de atuação e o diálogo sistemático dos profissionais. Em suma, a necessidade do envolvimento institucional para oferecer suporte necessário aos profissionais. A subnotificação ainda é uma realidade no país. Vários parecem ser os motivos que dificultam a sua prática. Segundo alguns autores, a baixa adesão dos profissionais de saúde à notificação de casos suspeitos são consequência do tempo consumido no preenchimento da ficha, da ausência do retorno da informação analisada com as recomendações técnicas pertinentes; da preocupação dos profissionais de saúde com a quebra da confidencialidade das informações; da falta de percepção dos profissionais sobre a relevância destas informações para a vigilância das violências em saúde pública e do pouco crédito que fazem das instituições de proteção, dentre estas os Conselhos Tutelares.

Vale ressaltar que é preciso que a esta notificação se constitua em um instrumento de ação que atue como ferramenta de negociação, cujo intuito seja a proteção e ajuda a família em questão. No entanto, nem sempre este é o olhar dos profissionais de saúde. No contexto de trabalho de uma equipe da ESF que mantém uma relação de confiança com as famílias, a notificação pode ser vista como tendo um significado de quebra desta relação; por outro lado, para outros profissionais, a identificação de um caso suspeito e sua notificação aos Conselhos Tutelares pode ser vista como uma ferramenta útil para a construção de estratégias preventivas e de ações. Para os profissionais da ESF, o oferecimento de condições de segurança para que se possa notificar é essencial, pois o receio de abordar questões de violência, principalmente “familiares”, é grande diante da vulnerabilidade, “pela proximidade física e contato cotidiano da comunidade com o ambiente de trabalho” (WALDMAN; JORGE, 1999; BURJAILI; RIBEIRO, 2007, p.18).

Por todo o Brasil, alguns grupos têm se formado a partir da reunião de profissionais de diferentes formações, cidadãos comuns, instituições governamentais e não governamentais, a partir de uma preocupação comum com o aumento da violência intradomiciliar e social. Tais grupos se organizam para elaborar estratégias que enfatizem medidas preventivas e fortalecimento de ações comunitárias. Iniciativas como estas são chamadas de Rede de Proteção à Criança

e ao Adolescente, que visa desencadear “medidas de proteção desde a orientação e o acompanhamento familiar até a intervenção judicial, com o afastamento do agressor ou da família” (NOVLOSKY; SOUZA; PIOVEZAN; 2007 p.217-218).

Em termos de respostas dos órgãos oficiais, após a promulgação do ECA, várias outras iniciativas do setor saúde vem auxiliando a formulação de marcos legais que condenam as violências e tentam promover os bons tratamentos às crianças e adolescentes. Dentre estas, destacamos a criação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº. 737/2001), a Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº. 687/2006), os instrumentos como a notificação de violência contra crianças e adolescentes na rede assistencial do SUS (Portaria nº. 1.968/2001), a Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (Projeto VIVA) e a Rede Nacional de Prevenção da Violência, Promoção da Saúde e Cultura de Paz, contando com núcleos nos estados e municípios (Portaria nº. 936/2004). A Rede VIVA foi implantada pelo o Ministério da Saúde em 2006, por intermédio da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), objetivando diminuir o impacto das violências e acidentes no perfil de morbimortalidade da população e promover saúde e cultura de paz (BRASIL, MS, 2010)^a.

Outra iniciativa foi o Acordo de Cooperação Técnica entre os ministérios da Justiça e da Saúde, assinado em 2008. Esse acordo visa ao desenvolvimento de ações conjuntas e coordenadas da Estratégia Saúde da Família e do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - Pronasci, na prevenção da violência e na promoção da segurança pública nas áreas de abrangência das equipes de Saúde da Família (BRASIL, MS, 2009; MASCARENHAS et al., 2010).

1.2 O PROGRAMA/ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A REORIENTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

1.2.1 Criação e implantação da ESF

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada em 1994, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial baseada no modelo tradicional, hospitalocêntrico, centrado na cura de doenças e agravos. A proposta era migrar do modelo focado no

atendimento da demanda para outro que priorizasse a vigilância à saúde, mas sem descuidar da demanda, sempre através da promoção, prevenção e recuperação da saúde, garantindo assim a integralidade das ações (FRAIZ, 2007; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A ESF foi criada como um movimento de reorientação da Atenção Primária em Saúde, que é constituída por um “conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltado para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. Este conceito vem evoluindo, tornando esse nível do sistema articulado com os demais. Inicialmente, a ESF era denominada PSF (Programa Saúde da Família), no entanto o termo programa indica uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, e como a ESF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização, justifica-se a mudança do termo. As EqSF utilizam a adscrição de clientela para estabelecer vínculo com a população, possibilitando seu compromisso e co-responsabilidade com os usuários e a comunidade, sempre adotando os princípios fundamentais da Atenção Primária no Brasil – integralidade, qualidade, equidade e participação social. Seu desafio é ampliar fronteiras de atuação visando à maior resolubilidade da atenção. Um dos princípios que regem o programa é centrado na incorporação do contexto familiar no processo de tomada de decisão (BRASIL, MS, 1999; PEREIRA et al., 2008; SOUZA, 2008, p.22).

Na prática da ESF, deve-se enfatizar a integralidade da assistência e o tratamento do indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Além da reorganização do modelo assistencial de saúde, promove-se o envolvimento dos atores sociais no processo de cuidados à saúde. A integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na Atenção Primária, onde a assistência deve ser multiprofissional, utilizando o acolhimento e vinculação de clientela, cujo cuidado integral, que é uma concepção de ação no campo da saúde, é de responsabilidade da equipe. São estas práticas do cuidado integral que pressupõem uma humanização da relação entre profissionais e usuários. Este cuidado é exercido a partir dos diversos campos de saberes e práticas, onde se associam os da Vigilância à Saúde e dos cuidados individuais (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004; AMORIM; VICENTE, 2008; NORO, 2008).

A ESF preconiza a família como a unidade social de intervenção, ou seja, é a unidade primária para a saúde e para o cuidado de seus membros. Para que as ações da equipe da ESF sejam bem sucedidas são necessárias interações com as famílias (comunidade), com boa assistência clínica, mas também uso apropriado de “tecnologias relacionais”. Nessas interações, o papel do Agente Comunitário em Saúde é fundamental. A EqSF é responsável pela saúde da população adscrita, identificando as condições gerais de saúde da comunidade, permitindo que sua atuação ocorra na perspectiva da Vigilância à Saúde. Além disso, a equipe deve levar em consideração a territorialização, que é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. Quando se fala em território na ESF, este pode ser discutido sob três aspectos: a demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência. (PEREIRA; BARCELLOS, 2006; AMORIM; VICENTE, 2008; NORO, 2008; PATUSSI et al., 2008).

A Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde atuam na melhoria das condições de vida e saúde da população integrada pela coletividade, dividindo suas atuações na detecção e resposta a eventos de saúde. A Vigilância em Saúde Pública acompanha o comportamento de eventos específicos adversos à saúde na comunidade, e pode recomendar estratégias para prevenção e controle, fundamentadas no conhecimento científico. Além disso, a Vigilância não fica restrita a um sistema de informação para implementar ações de controle, mas de constituir o instrumento que oferece as bases técnicas dos programas de controle de específicos agravos. Com o aumento de acidentes e violências, tornou-se necessário a elaboração de estratégias fundamentadas para o desenvolvimento de programas de prevenção e controle de eventos adversos à saúde determinados por causas externas, sendo recomendável a utilização da vigilância com essa finalidade (WALDMAN; JORGE, 1999; BRASIL, MS, 2009).

A EqSF é composta minimamente por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, e quando ampliadas contam com a ESB, composta de um cirurgião-dentista de família, um auxiliar de saúde bucal e um técnico de saúde bucal. O trabalho em equipe multiprofissional se desenvolve como uma relação recíproca entre as múltiplas

intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Através da comunicação, ocorre a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. Esta modalidade de trabalho tem sido usada como estratégia para enfrentar o processo de especialização que ocorre na área da saúde. A atuação dos profissionais das EqSF pode ser considerada um item importante para possibilitar a intersectorialidade. Esta se constitui em espaços de compartilhamento de saber e poder, de construção de novas linguagens, de democratização das relações e de uma intensificação da ação comunicativa entre gestores, técnicos e usuários dos serviços (PEDUZZI, 2001; SILVA; FÉLIX, 2007; ALMEIDA, 2008).

Ressalta-se a importância da formação de competências para que os profissionais passem a realizar suas atividades com base no planejamento de ações, e uma maneira de formar e qualificar estes profissionais é através da Educação Permanente em Saúde. Esta trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos serviços de saúde, sendo “um processo educativo aplicado a trabalho que possibilita mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas”. A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das pessoas, organizações e ao trabalho, baseando-se na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, operacionalizada por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. No entanto a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, alterou a portaria anterior, dispondo sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. No entanto, a Educação Permanente em Saúde não se configura apenas uma prática de ensino-aprendizagem, mas uma política de educação na saúde. No caso da EqSF, a Educação Permanente inicia-se pelas reuniões de problematização nas USF, construindo soluções comuns para os problemas relevantes de cada território, visando não só a atenção à Saúde, mas a transformação do processo de trabalho em saúde e ao desenvolvimento dos atores envolvidos, visando sempre o melhor cuidado ao usuário (SILVA; FÉLIX, 2007; CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009, p. 48).

Vendruscolo et al. (2010) descreveram a experiência do desenvolvimento da Capacitação Introdutória para Estratégia Saúde da Família em 24 municípios da

Macrorregião Oeste de Santa Catarina, no ano de 2009, envolvendo trabalhadores, entre médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos e Agentes Comunitários de Saúde. Como metodologia para as atividades, buscou-se a problematização dos conteúdos propostos, com base na realidade vivenciada no cotidiano das equipes. A experiência fortaleceu os trabalhadores ao instrumentalizá-los para o trabalho comunitário em equipe e para o planejamento de ações, aproximando atores de todas as categorias profissionais das equipes. Experiências exitosas como esta demonstram a importância do incentivo a política de Educação Permanente junto às EqSF.

1.2.2 Inserção e competências da Saúde Bucal na ESF

A portaria 1.444/MS, de 28/12/2000, estabeleceu incentivo financeiro para reorganização da atenção à Saúde Bucal prestada nos municípios por meio do PSF e desencadeou o processo de inclusão de ESB neste programa nos municípios brasileiros de forma acelerada a partir dos anos de 2001 e 2002. Porém, existem relatos da inclusão de ações de saúde bucal na ESF antes mesmo da normatização do Ministério da Saúde, como foi o caso do município de Catanduvas (10 mil habitantes) e Pitanga (34 mil habitantes), ambos no Paraná (BRASIL, MS, 2000; BALDANI, 2008).

A ESB é composta por um cirurgião-dentista (CD), um auxiliar de saúde bucal (ASB) e um técnico de saúde bucal (TSB). A ESB pode ser implantada na modalidade I (CD e ASB) ou na modalidade II (CD, ASB e TSB), o que dependerá de alguns critérios, dentre eles o populacional. Ao incluir a equipe odontológica na ESF, a portaria previa a habilitação de 1 ESB para 2 EqSF em funcionamento no município, com uma população adscrita média de 6.900 pessoas. Exceção era feita aos municípios com menos de 6.900 habitantes, onde a proporção 1 ESB: 1 EqSF poderia ser mantida. Isto foi alterado pela Portaria/MS/GM n.º 673, de 03 de junho de 2003, a qual tornou possível, porém não obrigatória, a equiparação das ESB ao número de EqSF implantadas, a critério do gestor municipal, alterando também o tamanho da população adscrita. Apesar da equiparação de equipes ser possível, não reflete a realidade da ESF na maioria dos municípios (BALDANI, 2008). As atribuições da ESB no Saúde da Família foram definidas posteriormente, através da

Portaria n.º 267/MS, de 06 de maio de 2001 (BRASIL, MS, 2001; SILVA; FÉLIX, 2007; ALCÂNTARA, 2008).

De dezembro de 2002 até abril de 2010, foram implantadas 19.488 Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família, atuando em 4.753 municípios – 85% dos municípios do Brasil - cobrindo 71% da população brasileira. Segundo a Coordenação Nacional de Saúde Bucal, a meta para 2010 era chegar ao total de 22.250 mil ESB em funcionamento (BRASIL, MS, DAB, 2009).

A portaria 1.444/MS também criou uma nova perspectiva para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Com o documento “Diretrizes da PNSB” o Programa Brasil Sorridente foi apresentado como política, integrado ao “Plano Nacional de Saúde – um pacto pela saúde no Brasil”, objeto da Portaria MS 2.607/04, de 10/12/2004. Neste documento, identificaram-se princípios norteadores das ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal, sendo alguns deles o acolhimento e o vínculo. O acolhimento significa “a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade” (BRASIL, MS, 2004, p.4). Já o vínculo é a “expressão síntese da humanização da relação com o usuário” (ibid, p.4) e, para a sua construção, cada membro da equipe assume responsabilidade por tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas. O vínculo resulta das ações do acolhimento e da qualidade da resposta recebida pelo usuário.

O Programa Brasil Sorridente visa à ampliação do acesso com a superação do modelo biomédico de atenção às doenças bucais por linhas de cuidado e por condição de vida (NARVAI; FRAZÃO, 2008). As características do Programa aproximam ainda mais a saúde Bucal à ESF. A possibilidade de integração dos profissionais de saúde bucal às equipes de saúde da família também é reforçada ao se considerar o conceito de Atenção Primária à Saúde na saúde bucal, que significa desenvolver, em espaços sociais, domicílios e unidades de saúde, ações e procedimentos, tais como: vigilâncias sanitária e epidemiológica, controle e diagnóstico das doenças da placa bacteriana, fluoroterapia, diagnóstico precoce do câncer bucal, de doenças ocupacionais com manifestações bucais e atividades educativas (SOUZA, 2008).

A Portaria n.º. 648/GM, de 28 de março de 2006 (BRASIL, MS, 2006), (vide anexo II, p.89), revogou a Portaria n.º 267/MS de 20 01, e aprovou a Política Nacional

de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nesta Portaria, as competências específicas dos trabalhadores de saúde bucal (cirurgião-dentista, técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário, estes agora denominados técnico e auxiliar de saúde bucal, respectivamente) que atuam na Atenção Primária por meio da Estratégia Saúde da Família foram estabelecidas. Dentre as competências específicas da equipe de saúde bucal, destaca-se a de acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar. Os procedimentos mais técnicos relacionados à saúde bucal, levantamentos epidemiológicos para planejamento e programação, e a participação em ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, são competências importantes para a ESB na ESF.

Como profissional integrante da EqSF, o cirurgião-dentista e seus auxiliares necessitam compor um processo de qualificação profissional, visando a integrar uma equipe e desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional baseada no território com vistas à efetivação do SUS. Sabe-se que há dificuldades para ESB, principalmente aos cirurgiões-dentistas, em realizar um atendimento mais humanizado devido ao perfil profissional voltado para a clínica, o que está relacionado à sua formação acadêmica. Na ESF o perfil profissional preconizado é aquele em que há: um conhecimento amplo e multidisciplinar; habilidade para atender a diferentes tipos de demandas; gosto de trabalhar com comunidades pobres; vontade de trabalhar em equipe (MATOS; TOMITA, 2004; ROCHA; ARAÚJO, 2009).

Segundo a Coordenação Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, MS, DAB, 2008, p.1)^a:

[...] o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

A mudança do modelo de atenção em saúde bucal proposta por Gonçalves e Oliveira (2009), considerou três dimensões: formação universitária; modo de organização dos processos de trabalho no espaço institucional; e o processo de Educação Permanente. Este deve acontecer no contexto dos serviços, inserido nos processos de trabalho e voltado para a realidade concreta de cada local. A ESF em conjunto com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde possui condições de realizar a mudança destes paradigmas, mostrando ao profissional de Saúde Bucal, o quanto ele é capaz de conduzir este processo.

1.2.3 EqSF e Saúde Bucal no enfrentamento à violência

Os serviços de saúde são locais propícios para a suspeição, detecção e abordagem de casos de violência familiar. No âmbito dos serviços de saúde, através da integração entre profissionais e destes com a população adscrita, a EqSF pode ter um importante papel na abordagem das famílias em situação de violência. Famílias de risco tais como aquelas com adolescentes grávidas, naquelas onde ocorra abuso de álcool e drogas ilícitas, naquelas com muitas crianças menores de cinco anos ou naquelas que vivenciam situações de violência entre casal (pode haver co-ocorrência de violência) o profissional pode intervir precocemente, minimizando ou evitando a ocorrência da violência. A inserção do profissional na comunidade em que trabalha, com acesso ao local de moradia através de visitas domiciliares, a possibilidade de criação de vínculos fortes com a comunidade, dentre outros, favorece a prevenção, a identificação e a intervenção em situações de violência familiar no âmbito da ESF. As visitas domiciliares possibilitam um melhor relacionamento da família com a ESB porque acontecem em um ambiente sigiloso e menos formal, além de uma maior liberdade do paciente e da família para expor problemas, já que o tempo disponível na visita é maior do que o da consulta realizada na USF. É possível também a observação das condições peculiares de habitação, higiene e hábitos de vida (CAVALCANTI, 1999; REICHENHEIM; HASSELMAN; MORAES; 1999).

A abordagem familiar da violência e a própria complexidade do fenômeno traz como consequência a necessidade de integrar diferentes profissionais através da formação de equipes

interdisciplinares em qualquer programa de prevenção, detecção e acompanhamento de vítimas. Ressalta-se a importância da permanente discussão dos casos atendidos por todos os integrantes da equipe responsável pelo acompanhamento da família. As especificidades de cada profissional permitem que a situação seja discutida de diferentes perspectivas, facilitando a confirmação do evento e o planejamento das atividades a serem desenvolvidas. (REICHENHEIM; HASSELMAN; MORAES; 1999, p.119).

Para a equipe, enfrentar a demanda da violência familiar significa “reativar na memória suas próprias histórias; reconhecer que todos estão submetidos à cultura da violência [...]”. Ao mesmo tempo, existe um panorama complexo em perceber a violência familiar em uma área adscrita, em um território com suas peculiaridades, cuja população está sob a responsabilidade de uma equipe, constituídas por agentes comunitários de saúde, enfermeiro e técnico de enfermagem, médico, cirurgião-dentista, técnico e auxiliar de saúde bucal. É muito importante enfrentar a violência enquanto equipe de Saúde da Família integrada e interdisciplinar, buscando parcerias e articular estratégias com outros atores sociais, envolvendo, necessariamente, a comunidade (SANTOS, 2005, p.6).

A Equipe de Saúde da Família, e comunidade, juntos, podem compreender e identificar os principais tipos e fatores associados à ocorrência de violência em seu território e suas repercussões sobre os indivíduos e suas famílias. Reuniões de equipe e espaços de escuta da comunidade são importantes para gerar discussões e auxiliar no planejamento das ações conjuntas a serem desenvolvidas (BRASIL, MS, 2008)^b.

Segundo Kriger e Tavares (2008), é evidente o impacto que eventos ocorridos na infância exercem na vida adulta e, no manejo de famílias por ciclos de vida, a equipe de saúde pode apoiar o fortalecimento do vínculo afetivo entre pais e filhos, e auxiliar no estabelecimento de limites e rotinas para as crianças, sem que os pais sejam indulgentes ou autoritários. “[...] ajudar os pais a entenderem que ao exercer a autoridade de forma adequada estão favorecendo o desenvolvimento e socialização de seus filhos” (ibid, p.219).

Considerando que o planejamento de ações, a prevenção, acompanhamento e reabilitação em saúde, a promoção e vigilância, o trabalho interdisciplinar em

equipe e cuidado integral e continuado da família são algumas das atribuições fundamentais dos profissionais da ESF, parece pertinente que ações direcionadas à redução dos casos de violência familiar façam parte das responsabilidades das equipes. Como a ESF possui como proposta trabalhar com a promoção da saúde, a violência pode ser incluída também nas ações de vigilância em saúde. A ESF tem se revelado um instrumento para a modificação dos paradigmas vigentes na atenção à saúde. O trabalho em equipe multiprofissional da ESF tem exigido dos componentes das equipes uma mudança de atitude pessoal e profissional em direção à interdisciplinaridade. Esta pressupõe um trabalho coordenado e com objetivo comum, partilhado por vários ramos do saber, de forma integrada e convergente, o que nos reporta imediatamente ao conceito de trabalho em equipe multidisciplinar, base da atuação na ESF. Desta forma, parece interessante discutir a atuação das equipes da ESF visando à prevenção, detecção precoce e acompanhamento de famílias em situação de violência e a promoção de bons tratamentos (SANTOS; CUTOLO, 2004; OLIVEIRA; FONSECA, 2007; SILVA; FÉLIX, 2007; MORAES; ROCHA, 2009).

No estudo de Souza et al. (2010), que avaliou a importância e o nível de conhecimento de CDs, das USF, de João Pessoa-PB, sobre violência contra criança, 9 dos 19 entrevistados acreditavam que a realização de atividades educativas e palestras serviam como meio de prevenção e de maior vínculo com a comunidade. Os profissionais apresentaram boa percepção sobre o que deve ser feito por parte da comunidade, governo e da USF em que trabalham, porém, não fazem o que está ao alcance do seu poder como profissional da saúde. Os profissionais ainda reiteraram que a comunidade precisa conhecer mais sobre maus-tratos infantis, ser conscientizada e ser estimulada a denunciar o problema. A integração da equipe de Saúde Bucal com o restante da equipe de Saúde da Família e a população adscrita potencializa o papel dos profissionais de saúde bucal no enfrentamento da violência no âmbito dos serviços de saúde. O forte vínculo entre o corpo técnico, os agentes comunitários e a comunidade buscado pelas equipes de saúde da família é condição fundamental para uma atuação efetiva diante da violência.

Apesar da discussão sobre o papel da equipe de Saúde Bucal no que concerne ao enfrentamento das situações de violência familiar ser recente e ainda insipiente, alguns autores já apontam que, entre as competências da Odontologia, inclui-se a questão sobre o que fazer e como ajudar a diminuir a violência contra

crianças e adolescentes. A equipe de Saúde Bucal na ESF pode contribuir em todas as etapas de atuação diante da violência familiar, entretanto, seu papel parece mais evidente na implantação de estratégias que facilitem a detecção precoce de casos. Devido ao tempo prolongado de atendimento, é possível que a equipe de Saúde Bucal observe lesões de cabeça e pescoço (muito frequentes em casos de violência física), além de sinais e sintomas de negligência com a saúde bucal, e comportamentos exacerbados manifestados durante o consulta, dentre outros indicadores. Os comportamentos da criança e do responsável também devem ser observados: retração, ansiedade e preocupação dos pais agressores; crianças indiferentes quando separadas dos pais, ou agressivas, com desconforto ao contato físico e olhar vigilante. (CAVALCANTI; VALENÇA; DUARTE, 2000; CHAIM; GONÇALVES, 2006; VIEIRA; KATZ; COLARES; 2008, vide anexo I, p.88; MASSONI; FERREIRA; ARAGÃO, 2010).

No entanto, os profissionais de Odontologia carecem de uma conduta padrão para os casos de violência contra criança e adolescentes. Suspeita-se que a ESB ainda não tenham percebido seu lugar no enfrentamento da violência familiar. Para que o profissional esteja motivado e preparado para identificação de casos de suspeita de abuso infantil é necessário que tenha recebido informação e treinamento. No entanto, a abordagem ainda é insuficiente nas Faculdades de Odontologia, pois há grande envolvimento do estudante com as técnicas curativas, havendo pouco espaço no programa educacional para as disciplinas sociais (CAVALCANTI; VALENÇA; DUARTE, 2000; CHAIM; GONÇALVES, 2006; JOSGRILBERG et al., 2008).

Cada vez mais é ressaltada a importância da equipe de saúde bucal não estar alerta somente às alterações faciais e bucais que possam denotar abuso físico em bebês e crianças. É necessário um olhar ampliado que ultrapasse os limites cabeça-pescoço. É importante, por exemplo, analisar se a vestimenta da criança está adequada ao clima. Muitas vezes, crianças que são vítimas de maus-tratos são trazidas ao serviço, com mangas e calças longas em dias de calor, para ocultar as lesões nos membros que poderiam chamar a atenção da equipe sobre a possibilidade de violência. O abuso de álcool e drogas, bem como as demais características familiares que caracterizam uma situação de risco social, por exemplo, deveriam alertar os profissionais quanto à possibilidade aumentada dos

diferentes tipos de abuso familiar, merecendo, portanto, um acompanhamento contínuo, com intensa manutenção do vínculo e suporte (KRIGER; TAVARES, 2008).

Massoni et al. (2010) afirmaram que os indicadores comportamentais devem ser observados. A imediata identificação e o relato de maus-tratos infantis e da negligência odontológica pelo cirurgião-dentista são essenciais para a proteção das crianças. É uma maior atuação destes profissionais, na observação, percepção e através do registro e denúncia dos casos suspeitos às agências de proteção à criança.

Entretanto, observa-se ainda que poucos profissionais da saúde estão preparados para identificação de casos de maus-tratos. Silveira et al. (2005) avaliaram conhecimentos e práticas de 38 cirurgiões-dentistas de Blumenau frente aos maus-tratos em crianças e adolescentes, e a experiência dos dentistas mostrou que 35% já atenderam casos de maus-tratos e 65% nunca atenderam. Além disso, os profissionais identificaram os casos por aspectos físicos (13%), comportamentais (6%), físicos e comportamentais (55%), físicos e história dos pais (3%), físicos, comportamentais e história dos pais (19%). No estudo de Granville-Garcia et al. (2008), em que foram entrevistados 20 cirurgiões-dentistas, 6 médicos e 22 enfermeiras de São Bento do Uma, Pernambuco (PE), a maioria dos profissionais não soube documentar o caso (83%) e não recebeu informação sobre o tema (72,9%). Em outro estudo realizado em Caruaru (PE), somente com cirurgiões-dentistas, Granville-Garcia et al. (2008) observaram que a maioria dos entrevistados afirmou ter conhecimento sobre violência contra a criança e se considerou apta ao diagnóstico de maus-tratos, mas as lesões bucais foram pouco citadas como injúrias decorrentes de maus-tratos. Em um estudo de 2006 em Caruaru (PE), Granville-Garcia et al. concluíram que a localização mais freqüente de lesões decorrentes de violência física é na região orofacial, ficando evidente a importância da percepção dos profissionais de Saúde Bucal.

1.3 O MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO - Contextualização do território

1.3.1 Caracterização geográfica, sócio-demográfica e econômica

O município de Belford Roxo está situado na Baixada Fluminense, na Região Metropolitana² do Estado do Rio de Janeiro, microrregião 05. A distância de Belford Roxo para a capital é de 24,9 km. Os limites municipais são: Nova Iguaçu, Duque de Caxias, São João de Meriti e Mesquita. A Baixada Fluminense possui 5.650,2 km² correspondendo cerca de 13% do território total do estado. De acordo com o Censo de 2001, nessa região vivem 3.403.199 pessoas, o que equivale a 24% da população residente no estado. A região sofre sérias dificuldades em relação às condições de vida da sua população, devido ao seu processo de ocupação desordenada e à sua alta densidade populacional urbana. Os municípios que a compõem carecem de uma infraestrutura básica que ofereçam melhores condições de vida para sua população. Além disso, apresenta um dos maiores índices de violência urbana do País (BRASIL, MS, 2005; TCE, 2009).

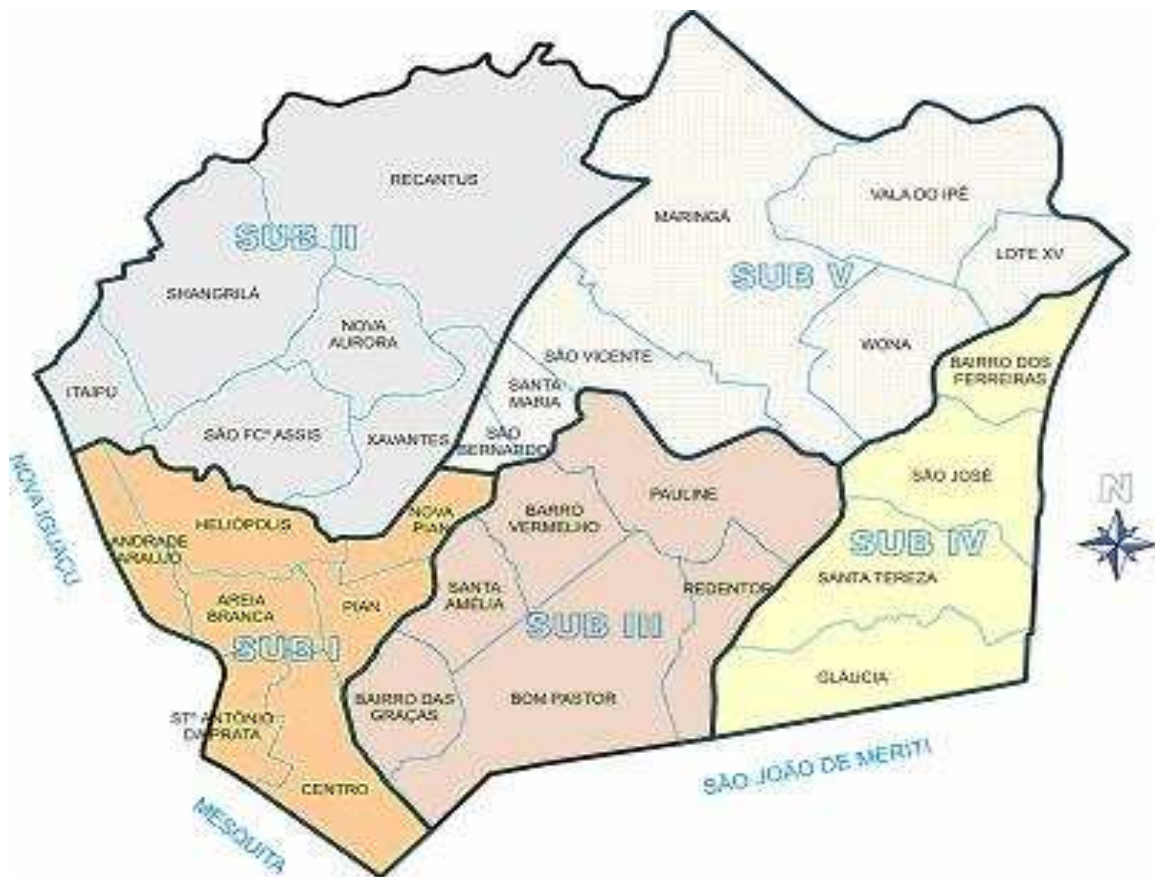
Na década de 1960, Belford Roxo, então distrito de Nova Iguaçu recebeu a instalação da indústria química Bayer. Sendo uma das maiores arrecadações do município de Nova Iguaçu, não possuía retorno compatível de investimentos adequados, causando a insatisfação da população residente no distrito, principalmente, com o estigma de ser a região mais violenta do estado. Após um plebiscito em 1988, Belford Roxo emancipou-se de Nova Iguaçu, pela Lei Estadual n.º 1640, de 03 de abril de 1990, com instalação em 01 de janeiro de 1993 (ANSELMO, 2008).

Conforme a figura 1, em sua divisão político-administrativa, o município possui 05 subprefeituras: Areia Branca (sub I), Nova Aurora (sub II), Jardim Redentor (sub III), Parque São José (sub IV), e Lote XV (sub V). A mesma divisão de subprefeituras é atribuída à Secretaria Municipal de Saúde, como regionais de saúde. Oficialmente, o município possui 31 bairros: Centro, Santo Antônio da Prata,

² A Região Metropolitana do Rio de Janeiro, também conhecida como Grande Rio foi instituída pela Lei Complementar nº 20, de 1º de julho de 1974, após a fusão dos antigos estados do Rio de Janeiro e da Guanabara. Na divisão político-administrativa do Estado do Rio de Janeiro a Região Metropolitana I é composta pelo município do Rio de Janeiro e pelos 11 municípios da Baixada Fluminense – Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica. A Região Metropolitana II do Rio de Janeiro é a parcela que abrange na Região Metropolitana do Rio de Janeiro os municípios de Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Rio Bonito e Tanguá (Brasil, MS, 2007; Wikipédia, 2010).

Areia Branca, Andrade Araújo, Heliópolis, Piam, Nova Piam, Recantus, Nova Aurora, Xavantes, São Francisco de Assis, Itaipu, Shangri-lá, Redentor, Bom Pastor, Bairro das Graças, Santa Amélia, Barro Vermelho, Pauline, Gláucia, Santa Tereza, São José, Parque dos Ferreiras, Lote XV, Vale do Ipê, Wona, Maringá, São Vicente, Santa Maria e São Bernardo.

Figura 1 – Mapa da divisão político-administrativa de Belford Roxo, com suas subprefeituras e bairros. Fonte: CMBR (2010)



De acordo com a estimativa do IBGE para 2009, a população residente é de 501,544. Quanto à composição da população do município, em 2009, as mulheres correspondiam a 258,919 habitantes (51,6%), enquanto que a população de homens era de 242,525 habitantes (48,4%). Sua densidade demográfica era de 5.482,5 hab/km² no ano 2000 (DATASUS, 2009).

Quanto ao perfil econômico, o município participa com 0,91% do PIB estadual e com 1,34% do PIB da Região Metropolitana (FUNDAÇÃO CIDE, 2003). O IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano por Município) de Belford Roxo em 1991, era de 0,671, e em 2000, era de 0,742, fazendo com que o município se encontrasse entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8), segundo a classificação do PNUD. De acordo com Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM)³, o município de Belford Roxo estava entre os cinco piores de todo o estado no ranking de 2005 (88º lugar), com o índice de 0,6045. De acordo com dados do IBGE (2010), quanto ao Mapa de Pobreza e Desigualdade dos Municípios Brasileiros de 2003, Belford Roxo apresentou uma incidência de pobreza de 60,06%, uma das mais altas do Estado do Rio de Janeiro.

Segundo os dados do IBGE do ano 2000, a taxa de alfabetização das pessoas residentes com 10 anos ou mais era de 92,40%. Quanto aos dados de saneamento: nesta ocasião, 71,8% dos moradores tinham acesso à rede geral de abastecimento de água; 52,8% deles possuíam rede geral de esgoto ou pluvial; 25,5% possuíam fossa séptica; 4,5% possuíam fossa rudimentar; 13,9% utilizavam valas como instalação sanitária; 88% dos moradores tinham seu lixo coletado (DATASUS, 2009).

No que tange especificamente às metas específicas da área da saúde, infelizmente, até o momento, o município de Belford Roxo não assinou o Pacto de Gestão. Este facilita a identificação de situações essenciais tanto para o gestor do sistema, como para os trabalhadores da saúde e para o usuário da rede, além de permitir a identificação de critérios de necessidades para o bom funcionamento do sistema. Com o pacto é que se pode perceber, prever e administrar o risco à saúde individual e coletiva. Este é um componente do Pacto pela Saúde que estabelece

³ “A metodologia do IFDM abrange, com igual ponderação, as três principais áreas de desenvolvimento humano: Emprego e Renda, Educação e Saúde. A leitura dos resultados – por áreas de desenvolvimento ou do índice final, varia entre 0 e 1, sendo quanto mais próximo de 1, maior o nível de desenvolvimento da localidade. As variáveis acompanhadas pelo indicador Emprego e Renda são: taxa de geração de emprego formal sobre o estoque de empregados e sua média trienal; saldo anual absoluto de geração de empregos; taxa real de crescimento do salário médio mensal e sua média trienal; e, valor corrente do salário médio mensal. As variáveis acompanhadas pelo indicador educação são: taxa de atendimento no ensino infantil; taxa de distorção idade-série; percentual de docentes com curso superior; número médio diário de horas/aula; taxa de abandono escolar; e, resultado médio no índice de desenvolvimento da educação básica. As variáveis acompanhadas pelo indicador saúde são: quantidade de consultas pré-natal; taxa de óbitos mal-definidos; e, taxa de óbitos infantis por causas evitáveis” (ANSELMO, 2008).

diretrizes e redefine responsabilidades de gestão, em função das necessidades de saúde da população e de maior equidade social (TCE, 2009).

Quanto à rede de saúde pública, o município conta com 01 Secretaria de Saúde, 02 Unidades de Vigilância em Saúde, 01 Unidade Mista de atendimento 24 h, 02 Pronto-Socorros Gerais (Hospital Municipal Jorge Julio Costa Santos e a UPA 24H Belford Roxo), 05 Policlínicas, 03 Farmácias (Médica Excepcional e Programa Farmácia Popular), 33 Centros de Saúde/Unidade Básica de Saúde, 08 Clínicas Especializadas/Ambulatório Especializado. Não há nenhuma central de regulação e nenhum hospital geral ou especializado. No setor privado há 01 hospital geral e 02 hospitais especializados, além de consultórios e clínicas (DATASUS, 2010).

1.3.2 Belford Roxo e a Violência

No município de Belford Roxo, a principal causa de morte são as doenças do aparelho circulatório seguidas de neoplasias. Em terceiro lugar, aparecem como principal causa de morte as causas externas, representadas principalmente pelos acidentes de trânsito e as violências. A realidade do município e da Baixada Fluminense coincidem com a do estado, revelando uma predominância de mortalidade associada a problemas de ordem econômico-social, na qual são elementos importantes: a precariedade da assistência à saúde da população, a baixa qualidade de vida e o alto índice de violência urbana (BRASIL, MS, 2005).

Belford Roxo, município emancipado de Nova Iguaçu em 1993, teve a ingrata pecha de nascer sobre o manto imputado de localidade mais violenta do mundo, segundo os dados amplamente divulgados pela ONU, nos anos 80. Como todos os municípios da Baixada Fluminense, tinha então índices sócio-econômicos e índices de criminalidade em níveis alarmantes. A origem da criminalidade na Baixada Fluminense é a mesma origem das favelas da capital [...] Belford Roxo iniciou sua história como município com uma estratégia de marketing, no mínimo interessante: visando desassociar-se da imagem violenta, passou a adotar o slogan de “Cidade do Amor”. Aparentemente pode parecer uma iniciativa inócua, e não se pode precisar se este fato influenciou subliminarmente nas pessoas, mas o fato é que a adoção do apelido e do coração como símbolo, coincidiu

com a desassociação da cidade com a imagem violenta (SILVA, 2003, p.1).

O estudo de Waiselfisz (2008), “Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros”, mostrou Belford Roxo ocupando o 52º lugar entre os 100 municípios com as maiores taxas médias de homicídio na população jovem no Brasil, em 2006; o 36º entre os 200 municípios com maior número absoluto de homicídios entre a população jovem do Brasil, em 2006; e o 70º entre os 200 municípios com mais de 70.000 habitantes com maiores índices de vitimização juvenil no Brasil, entre 2004 e 2006.

O município de Belford Roxo foi um dos submetidos ao Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) – pesquisa que faz parte do Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil no Território Brasileiro (PAIR), coordenado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República. Os resultados mostraram que o abuso sexual dentro da própria casa, ou seja, cometido por um membro da família, é o tipo de violência contra a criança e o adolescente mais citado pelas instituições de atendimento à violência sexual infanto-juvenil. Em seguida, são citados os casos de abuso sexual extrafamiliar. Em relação à faixa etária das vítimas, há uma escala gradativa: quanto menor a criança, mais recorrente é o abuso intrafamiliar. Já nas faixas etárias maiores é mais frequente o abuso sexual fora do âmbito familiar e a exploração sexual. Não existem muitas informações no município sobre outros tipos de violência sexual, como pornografia, turismo sexual e tráfico para fins de exploração sexual. O relatório sugeriu a criação de um órgão centralizador das estatísticas sobre esses dados, no Plano Operativo Local, que está em fase de execução (MOCHIUTE, 2009).

De acordo com o Índice de Homicídios na Adolescência (IHA)⁴, Belford Roxo apresentou valores próximos a 4 vidas perdidas por homicídio para cada mil adolescentes, ao lado de outros municípios da Baixada Fluminense, como Nilópolis, São João de Meriti e Queimados. O município do Rio de Janeiro apresentou um IHA

⁴ Estima o risco de mortalidade por homicídio de adolescentes que residem em um determinado território. A soma das mortes estimadas, ano a ano, até a idade final – 18 anos, se traduz no número esperado de vidas perdidas por homicídio entre os 12 e 18 anos, para cada grupo de 1.000 adolescentes. Ou seja, de cada 1.000 adolescentes que cumprem 12 anos, quantos serão vítimas de homicídio antes de completar 19 anos.

de 4,9 vidas perdidas, e Duque de Caxias IHA maior que 5. São valores considerados altos, visto que para uma sociedade não violenta o ideal é que o IHA seja 0 (zero). Outros municípios como Nova Iguaçu e Magé apresentaram IHA de 1 a 3 vidas perdidas. Observou-se que a região Metropolitana do Rio de Janeiro revelou altas taxas de vitimização por homicídio na adolescência. Tal índice ilustra bem o panorama da violência em Belford Roxo (PRVL, 2009).

Algumas iniciativas específicas têm sido realizadas em Belford Roxo. Em 2007, um projeto foi desenvolvido no município, em parceria com municípios vizinhos, para instrumentalizar profissionais de saúde na atuação frente à violência urbana em crianças e adolescentes. Desde 2010, existe um grupo de profissionais de saúde discutindo o enfrentamento da violência, principalmente familiar, com o objetivo de criar a Rede de Proteção do município. Ainda em 2010, uma oficina de sensibilização foi realizada com profissionais da ESF e de unidades básicas tradicionais, para que conhecessem os procedimentos de notificação de violências. Em agosto de 2010, o município realizou seu I Fórum Municipal de Enfrentamento à Violência Contra Criança, Adolescente, Mulher e Idoso, com o objetivo de criar parcerias e definir ações e estratégias para diminuir o índice de violência na cidade. Em março de 2011, foi inaugurado o Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa. Tais iniciativas têm demonstrado os esforços de profissionais e gestores em mudar a realidade violenta de Belford Roxo (SEMUS, BR, 2011).

1.3.3 A ESF e a Saúde Bucal no município

Apesar da Estratégia Saúde da Família ter sido implantada no Brasil em 1994, no município de Belford Roxo, o PACS teve início em 1998, com o trabalho de agentes comunitários de saúde, e somente a partir de setembro de 1999, a ESF foi implantada com 01 equipe. Atualmente, o município conta com 28 ESF e 03 Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF. Em 1999, a estimativa de população coberta por ACS era de 14,37 pessoas em média, e a proporção de cobertura populacional estimada por ACS era de 3,52 pessoas em média. Em fevereiro de 2010, a estimativa de população coberta por ACS era de 157,55 pessoas em média e a

proporção de cobertura populacional estimada por ACS era de 31,78 pessoas em média (DATASUS, 2010)⁵.

Quanto ao percentual de cobertura da ESF no estado do Rio de Janeiro, em outubro de 2003, a Região Metropolitana I apresentou o menor índice, abaixo de 5%. Isto dificulta o impacto positivo na saúde da população e a atuação da Saúde da Família como um elemento de transformação e reorganização da atenção (BRASIL, MS, 2005).

A Saúde Bucal foi implantada na ESF de Belford Roxo em agosto de 2006 com 05 equipes na modalidade II. Hoje, o município possui 09 equipes de saúde bucal implantadas na modalidade II (cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal). As unidades de Saúde da Família que possuem equipes de Saúde Bucal, todas na modalidade II são: USF Cid Gomes Germano (Bairro Heliópolis), USF Vila São Luiz, USF Itaipu, USF Benedito Uchoa Memória (Bairro Nova Aurora), USF Vila Pauline, USF Parque São José, USF Parque Esperança, USF Santa Tereza, USF Jardim Ipê. (DATASUS, 2010; SEMUS, Belford Roxo, 2010).

A ESF precisa se expandir no município, já que número de equipes é insuficiente, com uma cobertura baixíssima. A porcentagem de cobertura populacional por ESB atual é de 6% em Belford Roxo, considerando que cada equipe deve cobrir no mínimo cerca de 3450 pessoas e no máximo 4000 (BRASIL, CNSB, 2010). Com base neste número, seriam ainda necessárias mais 136 ESBs para que toda a população de Belford Roxo estivesse coberta, totalizando 145 equipes para uma população de 501.544 pessoas. Levando-se em consideração a determinação que se deve ter 1 ESB para 1 EqSF, e o número de EqSF atualmente é de 28 equipes ainda seriam necessárias 117 equipes para alcançar o quantitativo ideal de equipes de Saúde da Família no município de Belford Roxo.

Existem dificuldades a serem superadas pelo município dentro da ESF, como a segmentação ESB/EqSF, que é uma realidade nacional, em parte um reflexo às práticas sanitárias desenvolvidas anteriormente e a falta do desenvolvimento de trabalho em equipe. O isolamento das ESB está pautado na errônea idéia dos

⁵ Estimativa da População coberta por ACS: N° de ACSx575 (média de pessoas acompanhadas por um ACS). Proporção da cobertura populacional estimada por ACS: estimativa de cobertura populacional por agentes comunitários de saúde no território definido. É obtido pelo cálculo: n° de ACS x 575/População IBGE, com limitador de cobertura de 100%.

próprios membros de equipe, de que a Odontologia deve assistir somente aos tratamentos curativos e preventivos de saúde bucal. A insuficiente Educação Permanente para a Saúde Bucal é outra realidade do município. É evidente a discrepância entre os cursos oferecidos aos médicos e enfermeiros, mesmo diante de esforços mais recentes da atual gestão. Existem projetos de melhorias neste aspecto, no entanto vale ressaltar a necessidade de promover cursos de equipe, o que é viável, devido ao número reduzido de equipes. Outro problema é a falta de treinamento introdutório aos profissionais recém-contratados, que são incorporados às equipes já instaladas em territórios. Os profissionais chegam a uma equipe sem tempo para conhecer a realidade local, pois já se deparam com uma demanda necessitada de atendimento, o que impede o planejamento mais adequado.

A rotatividade profissional é outro desafio a ser superado, já que os profissionais são contratados, e quando surgem outras oportunidades com melhores condições de trabalho não exitam em se desligar da ESF, o que é claramente prejudicial a equipe e a ESF do município. A diferenciação entre as carreiras que compõem as equipes muitas vezes gera disputas e insatisfações desnecessárias.

2. JUSTIFICATIVA

A violência familiar é um problema complexo na medida em que é fruto da reunião de aspectos de diferentes dimensões, tais como, o desemprego, a pobreza ou o empobrecimento, a baixa escolaridade, a existência de valores culturais que admitem o uso da violência para a resolução de conflitos, e até as características individuais de risco, tais como alguns traços psicológicos e, o uso inadequado de álcool e drogas (DESLANDES, 1994).

Para Minayo (2004), a violência é uma questão social, não sendo objeto próprio do setor saúde. A violência provoca um impacto na qualidade de vida pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares. A violência também é objeto da intersectorialidade, na qual o campo médico-social se integra.

A violência ainda exige muita discussão dentro da EqSF, pois a equipe precisa lidar com seus próprios sentimentos, o que é um desafio, e ampliar seu olhar, de forma que, estando sensibilizada, muitos casos até então não perceptíveis se tornaram visíveis. Devido às altas prevalências e do envolvimento de toda a família nas situações de violência, estas devem ser prioridade na ESF (BURJAILI; RIBEIRO; 2007; MORAES; ROCHA, 2009).

A adscrição da clientela em um território definido, o incentivo à integralidade das ações, o planejamento local baseado nas necessidades de saúde da população, a atuação intersectorial, a abordagem familiar, a humanização do atendimento - premissas metodológicas da estratégia em Saúde da Família - potencialmente se constituem ferramentas promissoras de enfrentamento a questões complexas da saúde coletiva. A violência seria uma delas (MORAES; ROCHA, 2009, p.1).

O tema Violência é de recente discussão na área de Saúde Coletiva, sendo mais recente ainda na Odontologia. A equipe de Saúde Bucal tem pouco envolvimento com as situações de violência familiar, deixando de detectá-la precocemente. Até o momento, o problema tem sido discutido apenas de forma segmentada, por especialidades como Odontopediatria e Odontologia Legal. A

entrada da Odontologia no âmbito de estudos de violência familiar está iniciando um novo enfoque para esta questão dentro da Saúde Coletiva, e isto pode ser uma grande contribuição para o trabalho de prevenção e promoção dos bons tratos.

Belford Roxo é um município com um histórico de violência, com uma grande parcela de população ainda carente, contando com um único Conselho Tutelar, que por exigências do Ministério Público precisa efetivar medidas de enfrentamento das violências que sejam interinstitucionais e em rede. Ao estudar as equipes de Saúde Bucal, busca-se também integrar mais estes profissionais com o restante da equipe de Saúde da Família, e a população adscrita.

A interação equipe/comunidade é essencial para o entendimento da EqSF sobre vínculos familiares e do papel de cada membro da família. Cabe ressaltar, que o foco não é somente a notificação, mas também gerar evidências que auxiliem a elaboração de estratégias de prevenção das situações de violência. Conhecer a percepção das equipes sobre a violência parece ser fundamental no âmbito do planejamento e execução de práticas sanitárias a serem adotadas para o seu enfrentamento, incluindo desde a sensibilização e capacitação dos profissionais, até a supervisão das ações planejadas (MORAES; ROCHA, 2009).

Espera-se que este estudo possa contribuir na dinâmica de trabalho das equipes de Saúde da Família de Belford Roxo, incluindo a Saúde Bucal no enfrentamento da VFCA, e no fortalecimento de ações interinstitucionais no âmbito da proteção de crianças e adolescentes. Além disso, o estudo parece útil por ampliar o foco no problema, aumentando a visibilidade da VFCA, que habitualmente se desenvolve de forma privada nos lares, o que certamente beneficia as próprias famílias, os profissionais, os gestores e a sociedade de forma geral.

3 HIPÓTESE

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia de Saúde da Família do município de Belford Roxo – RJ apresentam pouco conhecimento sobre violência familiar, o que compromete a atuação das mesmas diante de situações suspeitas ou já evidenciadas que ocorram contra crianças e adolescentes.

4. OBJETIVO

4.1 GERAL

- Analisar conhecimentos, atitudes e práticas das equipes de Saúde Bucal belfordroxenses no que concerne a promoção dos bons tratos, prevenção da violência, suspeição e detecção precoce e acompanhamento das situações já instaladas de violência familiar contra crianças e adolescentes.

4.2 ESPECÍFICOS

- Analisar o que as ESB reconhecem e identificam como situações de VFCA nas famílias adscritas;
- Identificar se as ESB percebem o fenômeno da VFCA como algo a ser enfrentado por eles e pelos demais componentes das equipes de Saúde da Família,
- Pesquisar os saberes e práticas dos profissionais em relação à notificação compulsória dos casos suspeitos de VFCA;
- Conhecer as experiências dos profissionais no enfrentamento da VFCA em seu território.

5. PROCEDIMENTOS E MÉTODOS

Este estudo foi realizado utilizando-se procedimentos e métodos de natureza qualitativa. A pesquisa qualitativa, afirma Minayo (2004, p.10), incorpora “a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais [...] como construções humanas significativas”. A metodologia qualitativa busca entender o contexto onde um determinado fenômeno ocorre, permitindo a observação de vários elementos relacionados a ele.

Trata-se de um estudo de caso, que se caracteriza por utilizar diversos métodos de coleta de dados, como a observação, a entrevista e a análise de documentos (GIL, 2009). Lüdke e André (1986) definem o estudo de caso como sendo uma estratégia de pesquisa de um determinado caso, sendo simples e específico ou complexo e abstrato, sempre bem delimitado. É utilizado para contribuir com o conhecimento de fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, entre outros. É uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (YIN, 2003).

O estudo de caso é importante na pesquisa qualitativa, por seu potencial em descrever o contexto real em que se dá a intervenção e a sua capacidade em explorar situações específicas, o que não seria possível somente pela análise quantitativa, identificando na realidade estudada inter-relações entre pressupostos e práticas concretas de serviços e programas (YIN, 2005).

O estudo de caso como modalidade de pesquisa é como uma metodologia ou a escolha de um objeto de estudo definido pelo interesse em casos individuais, sem um roteiro rígido que o delimite. Divide-se em quatro fases que mostram seu delineamento: a) delimitação da unidade-caso; b) coleta de dados; c) seleção, análise e interpretação dos dados; d) elaboração do relatório. Têm várias aplicações, sendo apropriado para pesquisadores individuais, oportunizando que um aspecto de um problema seja estudado em profundidade dentro de um período de tempo limitado (VENTURA, 2007).

5.1. CENÁRIO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O critério de definição da amostra em uma pesquisa qualitativa não é o da representatividade numérica, mas principalmente o de “aprofundamento e abrangência da compreensão” da população em estudo, considerando suas múltiplas dimensões (MINAYO, 1999, p.102). O importante é que a escolha do lócus e do grupo de observação e informação contenha o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa.

Sendo assim, o cenário de estudo foi composto por unidades de Saúde da Família do município de Belford Roxo que sediam equipes de Saúde Bucal. A população de estudo foi composta por 15 profissionais (5 cirurgiões-dentistas, 5 técnicos de saúde bucal e 5 auxiliares de saúde bucal) pertencentes a 05 equipes escolhidas dentre as 09 de Saúde Bucal do município, a partir da aplicação dos critérios de inclusão descritos abaixo:

- As equipes de Saúde Bucal devem ser compostas pelos três tipos de profissionais (CD, ASB e TSB);

- Os profissionais precisam ter no mínimo seis meses de atuação nas suas respectivas unidades de Saúde da Família;

- As equipes necessitam estar localizadas em áreas de maior vulnerabilidade social e com alto índice de violência⁶.

A opção de pesquisar equipes completas se justifica pelo interesse do projeto em investigar as relações entre os membros da equipe de saúde bucal no que concerne às ações desenvolvidas diante de casos suspeitos. Priorizar os profissionais lotados há pelo menos seis meses na USF, justifica-se por este ser um espaço de tempo em que os profissionais já poderiam ter entrado em contato com a realidade da área adscrita, suas condições sociais e de saúde e, em específico, a possibilidade de terem detectado e planejado formas de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. A escolha pela localização das unidades de Saúde da Família em áreas de maior vulnerabilidade social baseia-se em estudos

⁶ Para fins desta pesquisa, consideramos área vulnerável aquelas que se constituem em áreas urbanas periféricas da cidade de Belford Roxo, com cujas vias não são asfaltadas, que apresentam abastecimento de água, rede de esgotos e coleta de lixo irregulares. São áreas com ocorrências de altas taxas de homicídios, tráfico de drogas, e conflitos entre grupos criminosos.

anteriores que sugerem a violência como sendo socialmente construída, reveladora das iniquidades sociais e correlacionada à escassez de oportunidades e perspectivas, principalmente nas regiões metropolitanas (DESLANDES, 1999; MINAYO, 2006).

5.1.1. Perfil Profissional das Equipes de Saúde Bucal entrevistadas

Foram realizadas 15 entrevistas, em 05 equipes de Saúde Bucal da ESF de Belford Roxo, sendo 05 de cada categoria profissional (CD, TSB e ASB).

Dos 5 CDs entrevistados, 2 residem na Baixada Fluminense, e 3 em outros municípios da região Metropolitana do Estado do RJ. A idade dos profissionais variou entre 26 e 38 anos. Quanto à formação acadêmica, 2 apresentavam atualizações sem pós-graduação, 2 apresentam pós-graduação da área técnica de Odontologia e 1 está cursando pós-graduação também em área técnica de Odontologia, possuindo outras atualizações. Nenhum dos profissionais entrevistados apresenta curso de especialização em Saúde da Família. O tempo de formação e de trabalho na Saúde Bucal variou de 2 a 8 anos: 2 CDs com 2 a 5 anos, 2 CDs com mais de 5 anos e 1 CD com 8 anos de formação. O tempo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família variou de 1 a 4 anos: 1 CD com menos de 1 ano, 3 CDs entre 1 e 2 anos, e 1 CD com 4 anos. O tempo de trabalho na equipe em que atuam na ESF de Belford Roxo variou de 07 meses a 4 anos: 2 CDs com menos de 1 ano, 2 CDs entre 1 e 2 anos, e 1 CD com 4 anos.

Dos 5 TSBs entrevistados, todos residem na Baixada Fluminense. A idade variou de 21 a 45 anos. Quanto à formação acadêmica, 3 apresentam outros cursos de área técnica fora da saúde, 1 com curso de nível superior e 1 cursando nível superior, em área de Saúde. O tempo de formação na Saúde Bucal variou de 2 a 7 anos: 1 TSB com 2 anos, 1 TSB de 2 a 5 anos, e 3 TSBs com mais de 5 anos. O tempo de trabalho na Saúde Bucal variou de 1 a 7 anos: 1 TSB com menos de 2 anos, 1 TSB de 2 a 5 anos, e 3 TSBs com mais de 5 anos. O tempo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família variou de 1 a 4 anos, sendo 3 TSBs com 4 anos e 2 com 1 ano. O tempo de trabalho na equipe em que atua na ESF de Belford Roxo também variou de 1 a 4 anos, sendo 3 TSBs com 4 anos e 2 com 1 ano,

Sobre os ASBs, todos residem na Baixada Fluminense. A idade variou de 25 a 46 anos. Quanto à formação acadêmica, 2 apresentam também o curso de TSB, e 2 apresentam outros cursos de área técnica fora da saúde. O tempo de formação na Saúde Bucal variou de 2 a 10 anos: 1 ASB com menos de 2 anos, 3 ASBs com mais de 5 anos, e 1 ASB com mais de 20 anos, sendo que esta também tem formação de TSB há 3 anos. O tempo de trabalho na Saúde Bucal variou de 1 a 26 anos: 1 CD com 1 ano, 3 com mais de 5 anos e 1 com 26 anos de atuação. O tempo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família variou de 1 a 4 anos, sendo 4 TSBs com 4 anos e 1 com 1 ano. O tempo de trabalho na equipe em que atua na ESF de Belford Roxo também variou de 1 a 4 anos, sendo 4 TSBs com 4 anos e 1 com 1 ano.

5.2. PESQUISA DE CAMPO

5.2.1. Instrumentos de coleta

A fonte de dados foi primária e a coleta de dados se deu através de entrevista individual, a partir de um roteiro temático semi-estruturado. Antes da aplicação da entrevista, foi realizado um pré-teste do roteiro e um teste piloto com equipes não participantes do estudo. O roteiro foi elaborado de forma a evitar perguntas tendenciosas ou que pudessem influenciar de alguma maneira a resposta. O teste piloto foi realizado com o intuito de verificar se o roteiro atendia aos objetivos propostos e permitiu realizar ajustes no roteiro de entrevistas e também na forma de condução das perguntas pela entrevistadora, a fim de facilitar a comunicação no campo. Ressalta-se a importância, também, do respeito ao entrevistado que teve garantido o sigilo de identidade, favorecendo a livre expressão de idéias e pensamentos durante as entrevistas. Além disso, as entrevistas foram agendadas em horários favoráveis aos entrevistados, de forma que não ocorressem atrasos nem prejuízo ao trabalho.

A escolha pela entrevista individual semi-estruturada, utilizando perguntas abertas, possibilita ao informante discorrer livremente sobre o tema proposto, utilizando linguagem própria e emissão de opinião. E no que se refere ao entrevistador, permite maior liberdade para desenvolver ou explorar cada questão, com vistas a ampliar e aprofundar alguns dos tópicos do roteiro de entrevista elaborado previamente (MINAYO, 2008).

5.2.2. Registros dos dados colhidos

As entrevistas foram gravadas em MP3 com vistas a garantir uma maior fidelidade e veracidade das informações. Em seguida, as respostas foram transcritas com as mesmas palavras que entrevistador e entrevistado utilizaram. Gestos, atitudes e outros comportamentos que o entrevistado apresentou durante a entrevista foram registrados pelo entrevistador em diário de campo.

5.3 ANÁLISE DO MATERIAL

O tratamento e interpretação dos dados coletados neste estudo foram baseados na Análise de Conteúdo (BARDIN, 2007; MINAYO, 2006).

Dentre as modalidades de análise que compõem esta estratégia, se utilizou a análise temática. Esta, segundo Minayo (2008), é a mais apropriada para investigações qualitativas em saúde.

Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo. (MINAYO, 2004, p.208).

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. (ibid, p.209).

Segundo Bardin (2007), a análise temática considera tanto a frequência de temas presentes no discurso, quanto à qualidade pormenorizada destes temas. Os critérios de escolha e de delimitação das categorias temáticas são orientados pela dimensão da análise, ela própria determinada pelos objetivos do estudo. Em princípio, foram utilizadas as seguintes categorias teóricas de análise: integralidade das ações, trabalho em equipe e intersetorialidade. Caso surgissem outras categorias empíricas, durante a análise, comuns nas falas dos entrevistados, estas poderiam ser incluídas. A integralidade é considerada o maior desafio para a operacionalização do SUS. Segundo alguns autores, o termo possui três conjuntos de sentidos. O primeiro o relaciona à prática dos profissionais de saúde, aos

atributos da organização do serviço e às respostas do governo aos problemas de saúde, ou seja, às políticas voltadas para a saúde. As práticas sanitárias individuais são configuradas socialmente, mas tem sofrido uma mudança necessária da quantidade de atendimentos – produção – pela qualidade do cuidado prestado, o que é positivo, mas ainda um desafio. O segundo sentido configura a organização do serviço de saúde e das práticas sanitárias, estas que de verticais e centralizadas, transitam para práticas horizontalizadas. A partir de uma abordagem epidemiológica, a equipe de saúde programa as ações de acordo com os agravos mais comuns, com as necessidades de saúde de cada território. O terceiro sentido é relacionado às políticas específicas ou especiais, que visam resolver um dado problema de saúde ou àqueles que incidem mais sobre determinado segmento populacional (MORAES, 2006; SANTOS et al., 2009).

[...] pensar em integralidade como forma de organizar a demanda implica em refletir sobre modificações na forma de se produzir saúde, quer na relação com os usuários, quer na composição e no gerenciamento das equipes (MORAES, 2006).

Quanto à categoria relacionada ao trabalho em equipe, Peduzzi (2001) apresentou uma tipologia que classifica o tipo de interação e processo de trabalho em equipe em duas modalidades: equipe agrupamento e equipe integração. Na primeira, ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes. Na segunda, ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes.

No que diz respeito à intersetorialidade, as ações de promoção de saúde são mais efetivas se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não-governamentais e outras instituições envolvidas. Diferentes setores que influem na saúde humana precisam estar envolvidos no planejamento, como a educação, agricultura, comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social (BRASIL, MS, 2004).

5.4 QUESTÕES ÉTICAS

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estácio de Sá (UNESA), após o registro no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP), visto

que o município de Belford Roxo não possui CEP. Junto a Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo, foi feita a solicitação de autorização da pesquisa.

Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), garantindo a participação voluntária e o direito à desistência em participar do estudo, além da confidencialidade das informações e identidades.

Para que não houvesse a identificação dos profissionais entrevistados, cada categoria (CD, TSB e ASB) foi numerada de 1 a 5, aleatoriamente.

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 PERCEPÇÕES E CONHECIMENTOS SOBRE A VIOLÊNCIA NAS ESB

6.1.1. Reconhecimento da violência no território

A USF deve ser preferencialmente localizada no entorno da comunidade que reside no território, facilitando a acessibilidade do usuário por ser próxima ao local de moradia. Este fator aliado à atenção cuidadosa dispensada, por uma interação equipe/usuário, baseada no acolhimento produz o vínculo necessário para as possibilidades de suspeição e detecção da violência familiar (MISHIMA et al., 2010). O uso da unidade como uma referência pela comunidade contribui para o conhecimento de casos de violência.

Todos os profissionais entrevistados reconheceram em suas áreas de abrangência a existência de violência urbana/comunitária, mas a maioria afirma que nunca presenciou, conhecendo a realidade local por notícias através da equipe e dos próprios usuários das USF.

“Então sempre que há alguma coisa, há troca de tiro, a gente fica aqui preso, sem ter onde sair, fica aqui dentro esperando acabar o tiro, desesperadas, pra conseguir ir embora pra casa, né?” (CD 1)

“Acredito que sim, aqui é uma área muito carente.” (CD 2)

“Com certeza. Devido à população, que é uma população carente e o uso de droga e o uso de alcoolismo, isso influencia. Inclusive, a gente já presenciou alguns casos de violência na rua.” (TSB 3)

Sobre a violência familiar nas famílias cadastradas, os profissionais reconhecem que ela existe, mas não a identificam de forma objetiva.

“[...] eu vejo muito assim, muita mãe que, do jeito que fala com o filho, o jeito que trata o filho, como as crianças chegam aqui vestidas. [...] Então assim, é uma violência, é um tipo de violência [...]” (CD 2)

“Eu acredito que sim. Mas é uma coisa muito abafada, né? As pessoas têm muito medo de falar de trazer o problema [...]” (TSB 2)

“A gente ouve falar, mas nunca constatamos. [...] a gente percebe, às vezes a forma agressiva que às vezes alguns pais falam com os filhos, né?” (TSB 5)

“A única coisa que eu vejo lá mesmo é mãe batendo nos filhos, sem motivo. Batendo mesmo, gritando, xingando. Só isso mesmo.” (ASB 4)

Foi observado também que os profissionais reconhecem e diferenciam alguns tipos de violência, mesmo desconhecendo as classificações. A falta de informação, de orientação e de cuidado são citadas como possível forma de violência, como maus-tratos. A violência física, psicológica e negligência são as mais mencionadas. A violência sexual foi mencionada com menos frequência. No entanto, existe muita dúvida em relação aos limites do que seja negligência.

“O que mais a gente vê é a violência verbal [...] a violência doméstica pra mim não é só agressão, existe também a violência verbal” (CD 1)

“[...] falta de orientação e cuidado com as crianças [...] Pode ser que de repente seja uma forma de violência, não de agressão, né”? (TSB 5).

Os profissionais foram perguntados de que forma eles acreditam que crianças e adolescentes são afetados pela violência. Todos afirmaram que crianças e adolescentes são bastante afetados, e a maioria acredita no modelo de reprodução de comportamentos de pais e familiares pelas crianças e adolescentes. De fato, se no ambiente familiar as condutas violentas são rotineiras, para os membros daquele núcleo familiar isto se torna algo normal. Um profissional (ASB 3) mencionou que a educação dada pelos pais é muito importante.

“Muitos aqui vão por influência dos pais que são viciados em drogas, são traficantes [...] vão seguindo o ritmo da família [...]”. (ASB 1)

“Eles já crescem com essa violência.” (ASB 5)

“Porque o ambiente familiar é o principal, né? [...] Com certeza elas vivem, vivenciam muito isso.” (TSB 2)

“Elas vivem isso, é difícil elas não serem afetadas de alguma forma” (CD 4)

“A gente vê a mãe xingando [...] a gente vê algumas crianças aqui xingando. Já é o reflexo do que tem em casa.” (TSB 4).

Foi mencionado que a criança e o adolescente são afetados emocional e psicologicamente, inclusive que quando “é criado e presencia algum tipo de violência, acaba criando algum trauma” (TSB 3). Além disso, crianças que sofrem violência podem se tornar retraídas, oprimidas, o que é uma pista para os profissionais suspeitarem de casos de violência. Crianças agitadas e violentas, que xingam, também foram mencionadas.

Indicadores de comportamento devem ser observados na criança e no responsável. Crianças retraídas, ansiosas além da preocupação dos pais agressores; crianças indiferentes quando separadas dos pais, ou agressivas, com desconforto ao contato físico e olhar vigilante são algumas das pistas que podem ser oferecidas à equipe de saúde (MASSONI; FERREIRA; ARAGÃO, 2010).

“O medo da criança, pais autoritários [...] A criança chora, se desespera, você vê que ela tem um medo da família.” (CD 1)

“[...] elas ficam com a auto-estima muito baixa, elas crescem inseguras, imaturas, tímidas” (CD 2)

“A criança que é agredida [...] ela fica mais oprimida [...] Acho que o comportamento é diferente das crianças que não sofrem [violência].” (CD 3)

6.1.2. Suspeição de casos nos espaços de atuação das ESB

Quanto à suspeição da ocorrência de VFCA pelas equipes de Saúde Bucal, dos 15 entrevistados, 6 (40%) relataram já ter suspeitado pelo menos uma vez antes da entrevista da existência de um caso de violência familiar: 3 CDs, 2 ASBs e 1 TSB. Entre os 5 CDs, 1 afirmou que nunca suspeitou, e 1 não soube responder. No estudo de Tornavoi et al. (2011) verificou-se que 61 dos 180 cirurgiões-dentistas já haviam suspeitado de que algum paciente menor de idade fosse vítima de violência familiar.

Sobre as visitas domiciliares, todos os CDs e ASBs acreditam que estas podem contribuir na percepção e detecção de casos de VFCA. Entretanto, dos 5 TSBs entrevistados, apenas 2 responderam afirmativamente à questão que se referia à importância das visitas domiciliares na percepção das situações de violência. A maioria dos profissionais acredita que pelo comportamento e qualidade

de vida das pessoas pode-se perceber algum indício de violência, pois a equipe entra mais em contato com as famílias, e estas ficam mais à vontade em seus lares, e seu cotidiano pode ser observado com mais atenção. Indo nas residências consegue-se conhecer o ambiente familiar, o que na consulta da unidade não se percebe.

“[...] ali você vai tá participando mais ativamente da família, você tá vendo né as condições. Depende de como você se integra naquela família.” (CD 2)

“[...] a visita domiciliar é um instrumento primordial do PSF. Sem a visita domiciliar, não conhecemos o paciente, sem conhecer o paciente, não sabemos o problema dele [...]” (CD 5)

“Estando na residência da pessoa, eles se sentem mais a vontade.” (ASB 4)

[...] quando a gente faz VD nas casas [...] eles não fazem nenhuma violência na nossa frente [...] O que a gente vê muito assim é índice de pobreza muito grande, né? [...] As pessoas usam drogas, bebidas, então não sei se isso causaria violência. (TSB 5)

No entanto, alguns profissionais não acreditam que a visita domiciliar seja um espaço de percepção. Isto nos faz questionar se realmente a visita domiciliar tem sido utilizada como se deve, e se para a ESB ela vai além de uma visita para cadastro, ou para orientação de higiene bucal.

[...] às vezes isso tem que ser feito com a família toda, a gente não chega a entrar diretamente na casa da pessoa, a gente fica só numa varanda, no quintal assim [...] Então nem sempre a gente consegue notar só nessa visitinha não. (TSB 2)

[...] a gente aqui faz visita, mas assim, nas casas que a gente vai com as agentes de saúde, é mais para fazer perguntas, sobre se escova o dente, se usa fio dental. Aquele cadastrinho que a gente tem. (CD 1)

Sobre o consultório odontológico, 5 CDs e 5 TSBs afirmaram que este é um espaço no qual é possível a identificação de VFCA, porém 1 dos TSBs fez a ressalva de ser mais difícil. Dos 5 ASBs, 2 afirmaram que “sim”, 2 responderam que “não”, e 1 acredita ser “mais ou menos”. Muitos dos ferimentos decorrentes dos

maus-tratos infantis envolvem a região orofacial: cabeça, face, boca e pescoço, o que pode tornar oportuno o atendimento odontológico para a detecção de violência (MASSONI; FERREIRA; ARAGÃO, 2010). Além do comportamento da criança na cadeira odontológica, a anamnese e o tempo de conversa entre equipe/responsáveis/pacientes são mencionados como ferramentas úteis.

“Na hora de fazer ficha, de fazer anamnese, a doutora conversa bastante com os responsáveis pelas crianças. Eu acho que nesse meio tempo dá pra ter um pouco de percepção sobre isso.” (ASB 4)

Quanto ao potencial das ações promotoras de Saúde Bucal (palestras, aplicação de tópica de fluoretos e instrução de higiene oral) para a percepção e detecção de casos de VFCA, dos 15 entrevistados, 11 (73,3%) acreditam que as ações de promoção são um espaço importante para a suspeita de casos (4 CDs, 4 TSBs, e 3 ASBs). Tais ações podem ser feitas somente com as crianças e adolescentes nas creches e escolas, e na própria USF ou em outro espaço da comunidade. Quando realizadas em creches e escolas, crianças e adolescentes estão longe da presença das famílias, e os profissionais tem contato direto com elas e os professores. Neste momento, a observação, o diálogo e o desenvolvimento de uma escuta a estes alunos, podem transparecer indícios que levem os profissionais a suspeitar de casos de violência. Por outro lado, quando as ações são realizadas com a presença do responsável, este pode ser um facilitador ou dificultador da percepção de qualquer indicio de violência. O profissional pode observar ou não a forma de como o responsável lida com a criança; a circulação de pessoas nestas ações é bem alta, e mesmo com a proximidade física, pode não ser possível uma visualização física mais criteriosa.

6.1.3. Quem deve lidar com os casos de violência?

Alguns profissionais de Saúde Bucal expressaram em suas falas que quem deve lidar com a violência são outros profissionais da equipe. Estes não dimensionam a importância de seu potencial de detecção, e se excluem das ações de detecção de situações de violência no âmbito da ESF por não acharem que é uma atribuição dos profissionais de saúde bucal.

“A gente busca identificar quando isso acontece e aí passa a quem é de direito: psicólogo, assistente social, etc...” (CD 4)

“Se tivesse um profissional apropriado, ficaria centralizado tudo nele [...] Eu acho que o assistente social ou o psicólogo.” (TSB 2)

“A gente também tenta examinar, mas a nossa abrangência é mais a saúde bucal mesmo.” (CD 1)

“O que a gente busca é identificar, até porque não é o nosso foco principal identificar violência.” (CD 4)

“Como eu, de técnica de saúde bucal vou buscar uma coisas que não é da minha área? Não posso, entendeu? [...] não é uma coisa que a gente pode chegar e resolver porque não é nossa área.” (TSB 2)

As falas acima retratam bem o despreparo e a falta de discussão sobre o as possibilidades de atuação dos diferentes profissionais de saúde bucal nas ações a serem desenvolvidas pela ESF para promover bons-tratos, detectar situações e fazer um acompanhamento visando à redução do problema. Como será visto na próxima seção, é possível que a dificuldade em se perceber atuante nas ações da equipe se deva a pouca ênfase que os cursos de especialização, cursos técnicos e de nível superior dão ao tema violência.

6.1.4. O tema Violência na formação dos profissionais de Saúde Bucal

A precariedade das ações de educação permanente sobre o tema violência no âmbito da ESF foi clara na fala dos entrevistados. Nenhum profissional recebeu treinamento ou educação permanente sobre o tema VFCA em sua atuação na ESF. Ao serem questionados se sentiam falta e se seria importante receberem tal treinamento, 13 afirmaram que sim. Apenas 1 CD afirmou que não seria importante, sendo que 1 TSB não respondeu à questão. Dos 15 entrevistados, apenas 5 (33,3%) receberam alguma informação sobre o tema Violência em sua formação básica: 2 CDs, 2 TSBs e 1 ASB. Quando perguntados se receberam informações de outras fontes (palestra, artigos, livros), 9 responderam positivamente: 5 CDs, 3 TSBs, 1 ASBs.

De fato, a formação dos profissionais de Odontologia ainda se baseia em conteúdo tradicionalmente técnico. A formação de pessoal auxiliar acompanha este enfoque. No entanto, com a proposta de um novo modelo de Saúde Pública, culminando na inserção da Saúde Bucal na ESF, a ESB passou a desenvolver outras competências, onde a família é o principal objeto de trabalho, e não somente o indivíduo, e onde o acolhimento, o cuidado, o vínculo são algumas das estratégias para a criação de elos entre EqSF e comunidade. Em uma abordagem integral, por linhas de cuidado, dentro da Atenção à Criança e o Adolescente a temática da violência urbana e familiar é uma discussão fundamental.

Como apontado acima, os profissionais da Saúde Bucal de Belford Roxo não receberam treinamento introdutório, mas iniciaram um ciclo de treinamentos já inseridos no serviço, e não receberam nenhuma capacitação sobre violência. Entretanto, com a exigência do Ministério Público para a criação do Núcleo de Prevenção a Violência, e o fortalecimento de redes de proteção, a sensibilização de todos os profissionais da ESF começa a se fazer imprescindível. Porém, ressalta-se a importância do treinamento introdutório para a ESF, pois este “capacita os profissionais para que possam analisar, junto com a comunidade, a situação de sua área de abrangência, no que se refere aos aspectos demográficos, socioeconômicos, ambientais e sanitários, identificando os problemas e as potencialidades existentes” (BRASIL, MS, 2000, p.11). Ao analisar este conceito, entende-se que o tema violência é fundamental nos estudos de territórios de ação das EqSF.

Novas equipes incorporadas a ESF necessitam receber este treinamento, assim como equipes já atuantes devem ser atualizadas. O município de Belford Roxo vem realizando algumas ações de educação permanente para as EqSF, mas somente a partir de 2010, se nota algum esforço dos gestores no sentido de oferecer atividades comuns que favoreçam uma maior integração entre os profissionais das Equipes de Saúde Bucal e os demais profissionais da Saúde da Família. Entretanto, observa-se que tais iniciativas ainda são insuficientes considerando as necessidades de integração que se colocam no dia-a-dia do processo de trabalho.

Lobato (2009) recomendou que a violência familiar integrasse as iniciativas de educação permanente para as EqSF, principalmente como as situações de violência se apresentam nos serviços de saúde. Souza et al (2010) enfatizaram que

prevenção de casos de violência infantil ou a redução de suas seqüelas é uma das muitas tarefas do profissional da Atenção Primária em Saúde.

A Educação Permanente em Saúde é o aprender e ensinar no dia-a-dia do trabalho, considerando os conhecimentos e experiências cotidianos, com finalidade de mudar práticas profissionais e organização do trabalho. O processo de Educação Permanente na ESF deve acontecer no contexto dos serviços, inserido no interior dos processos de trabalho e voltado para a realidade concreta de cada local. A participação das ESB nas reuniões de equipe, discutindo a realidade local não deve restringir-se somente aos problemas de Saúde Bucal, fato que normalmente não ocorre. Da mesma forma, no contexto geral as ESB não participam rotineiramente das capacitações oferecidas aos médicos e enfermeiros, pois existe a idéia de que a Saúde Bucal participa do que é ligado a Odontologia. Isto se configura em uma errônea postura de gestores, e também de profissionais, que aceitam este papel de “cuidadores de boca e dentes”.

A importância da ação conjunta de todos os membros da equipe é identificada diante do problema violência foi percebida por um dos CDs entrevistados, que sugeriu que a capacitação dos profissionais seja para toda a equipe de Saúde da Família, e não somente para a Saúde Bucal e que esta se dê a partir do mapeamento de cada território e em cada unidade. Conhecer o contexto de cada território em que está inserido cada USF, suas especificidades e necessidades são fundamentais e fazem parte do diagnóstico e do planejamento de cada EqSF. E como EqSF multiprofissional e integrada, a Educação Permanente deve ser feita para todos os componentes da equipe, para que juntos proponham sugestões e intervenções.

Se pudesse fazer a capacitação os profissionais, não só com a Equipe de Saúde Bucal, mas com toda a Equipe de Saúde da Família também sobre o assunto, seria bom, né? [...] Eu acho que de acordo com o mapeamento de cada unidade. (CD 1)

Não só a Educação Permanente dos profissionais de saúde envolvidos na ESF se faz importante, mas também a inserção de lideranças comunitárias neste processo, para que haja uma sensibilização da população local. Percebe-se nas falas dos profissionais o interesse em receber informações que contribuam no

trabalho de uma forma ampla, e sobre a violência, por ser um assunto vivido rotineiramente, e pelo grande despreparo em lidar com situações do tipo.

[...] o profissional [...] se ele não tiver esse tipo de treinamento, ele nunca vai saber agir quando ficar de frente com um problema desses [...]. Às vezes você tem um caso e passa despercebido [...] por falta de treinamento. (CD 2)

[...] às vezes a gente depara com a situação e a gente não sabe como agir. [...] de saber que atitude tomar né? Pra onde realmente nós... ,o que nós devemos, poderíamos tá fazendo pra ajudar aquela pessoa. (ASB 2)

Eu com 6 anos nessa área profissional de técnico de saúde bucal, eu nunca tive capacitação nenhuma. Nem aqui no município, nem nos outros locais sobre violência [...] apesar de a gente ter que tá capacitado, porque pode acontecer a qualquer momento e a gente não saber como agir. (TSB 3)

Ajudaria a gente a poder identificar esses pacientes. Poder falar alguma coisa, dar uma palavra de conforto, porque às vezes a gente não sabe nem como agir, né? [...] E através desse curso, da gente poder fazer um curso de capacitação e a gente passar isso pra outras pessoas. (ASB 3)

“É sempre bom um treinamento a mais, né? Pra gente saber como lidar com a situação quando encontrar uma, quando vir até uma no consultório.” (TSB 4)

“Acho que informação nunca é demais. Se a gente tem mais informação, a gente consegue resolver e se posicionar melhor diante das coisas.” (CD 4)

Diante disto, sugere-se que a violência seja incluída no currículo dos cursos de graduação e nas ações de educação permanente voltadas às equipes de Saúde da Família. Mas poderia ser abordada como um tema transversal, naturalmente inserido em várias disciplinas e em vários períodos, e cada disciplina poderia dar um enfoque diferente. Assim, o aluno perceberia que é um tema pertinente à sua formação e atuação. A Saúde é um tema transversal em Educação, e a violência também é, mesmo que no cotidiano não seja tratada como tal, mas como questão

urgente da sociedade deve ser abordada desta forma na formação e na Educação Permanente de equipes de Saúde. Só assim seria possível instrumentalizar estes profissionais para uma abordagem acolhedora e reveladora de situações de violência na rotina de trabalho. Segundo alguns autores, para o desenvolvimento de um olhar ampliado sobre a atuação das equipes de saúde bucal é necessário que a sensibilização dos profissionais seja alcançada ainda durante o processo de formação (MALTA; SOUZA; SILVA, 2010).

6.2 AÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL FRENTE À VFCA

6.2.1. Promoção de bons tratos e Prevenção de casos

Ao serem questionados se existe alguma atividade de prevenção à violência em suas USF, 3 CDs disseram que sim, sendo que apenas 2 deles participaram de tal atividade; apenas 1 TSB relatou a existência deste tipo de atividade em sua USF; 2 ASBs relataram também a existência deste tipo de atividade. Observou-se que entre os 4 TSBs que relataram não haver atividade de prevenção à violência, a resposta negativa de 1 deles entrou em conflito com as respostas afirmativas do CD e do ASB de sua equipe.

Estudos como o de Souza et al. (2010), que avaliou a importância e o nível de conhecimento de CDs, das USFs, de João Pessoa-PB, sobre violência contra criança, mostraram a boa percepção dos profissionais sobre o que é realmente necessário ser feito pela comunidade, governo e profissionais de Saúde da Família, mas a realidade encontrada assemelha-se aos resultados do presente estudo. 9 dos 19 entrevistados acreditavam que a realização de atividades educativas e palestras serviam como meio de prevenção e de maior vínculo com a comunidade. No estudo de Souza et al. (2010) os profissionais reconheceram não fazer o que está ao seu alcance enquanto profissional da saúde, e acreditam que comunidade precisa conhecer mais sobre maus-tratos infantis, ser conscientizada e ser estimulada a denunciar o problema.

Sobre a questão da intersetorialidade, foi perguntado se as ESB tinham conhecimento da interação entre EqSF e outros setores diante dos casos suspeitos ou confirmados de violência: 10 afirmaram que sim, 05 acreditam que ocorra, sendo

que 1 mencionou a ocorrência de alguma dificuldade. Os setores mais citados pelos entrevistados foram: CRAS, creche e/ou escola e igreja.

[...] eu acho que essa integração, ela é viável e é indispensável, mas não funciona assim na prática. [...] muitas das vezes os profissionais do colégio não desenvolvem comunicação com a gente, não permitindo que a gente possa trabalhar de forma correta com os alunos do colégio. (CD 5)

Uma nova alternativa de parceria veio com a criação do Programa Saúde na Escola (PSE), que visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde. As atividades do PSE são desenvolvidas pela EqSF mais próxima da área da escola, e como no município de Belford Roxo a maioria das USF é próxima ou até anexa às escolas e/ou creches municipais, é possível que esta iniciativa amplie o diálogo facilitando o planejamento das futuras ações. Atualmente, o PSE em Belford Roxo ainda não contemplou todas as escolas, mas cria possibilidades de parcerias mais sólidas. Por a escola ser um espaço privilegiado para a construção da cidadania, os projetos de promoção da saúde escolar, deverão ser dirigidos para várias vertentes, incluindo a “criação de mecanismos e estratégias de enfrentamento das violências, em todas as suas dimensões, bem como a difusão e a promoção da cultura de paz nas escolas brasileiras” (BRASIL, MS, 2009, p.18).

6.2.2. Detecção de casos de VFCA pelas equipes

Sobre a detecção da VFCA pela EqSF, dos 15 entrevistados, 6 entrevistados (40%) relataram que nunca houve um caso detectado pela EqSF. Apenas 1 ASB confirmou a detecção de caso pela EqSF, e 2 CDs afirmaram ter conhecimento sobre casos. Três CDs não souberam informar se a EqSF detectou algum caso, 1 TSB relatou que na EqSF houve a suspeição de um caso de violência sexual, em que não houve a confirmação, e 1 ASB assegurou que houve um caso de violência familiar detectado, mas não contra criança e adolescente, e sim contra mulher.

Sobre a detecção da VFCA pelas equipes de Saúde Bucal, dos 15 entrevistados, apenas 1 CD (6,6%) referiu ter detectado algum caso suspeito de VFCA antes do momento da entrevista. Diante das altas taxas desta forma de

violência em populações adscritas à unidades de ESF no estado do Rio de Janeiro relatadas por diferentes autores, conforme Martins (2007) e Rocha (2008), é possível que a não detecção de casos pelas equipes não corresponda a ausência de situações no dia-a-dia, mas sim à falta de ferramentas para a suspeição das situações. Os resultados de Tornavoi et al. (2011) reforçam esta hipótese. Segundo os autores, a pesquisa com 180 cirurgiões-dentistas quanto à capacidade dos profissionais no diagnóstico de maus-tratos apontou que 112 dos entrevistados consideraram-se não aptos em casos de agressão contra crianças.

Tais achados se opõem à Luna (2007), que indica ser o cirurgião-dentista um dos profissionais da saúde que possui maiores chances de detectar a violência familiar, principalmente a física, por ser a face o local preferencial das lesões.

6.2.3. Notificação e Acompanhamento de casos

Quanto à notificação de casos, nenhum dos 15 entrevistados notificou qualquer caso de sua USF. Segundo Souza et al. (2010), quase 50% dos CDs entrevistados naquele estudo acreditaram que a notificação de casos aos órgãos competentes seja o melhor meio de amenizar o mau trato infantil.

Sobre a ficha de notificação, de 15 profissionais, apenas 2 (13,3%) a conheciam, e 1 sabia como utilizá-la. O desconhecimento da ficha de notificação por parte dos profissionais entrevistados também vai de encontro ao perfil observado por Luna (2007). Segundo a pesquisadora, dos 130 dentistas de sua pesquisa, 89 não conheciam o ECA e 79 não conheciam a ficha de notificação (vide anexo III, p. 96).

Quanto à obrigatoriedade da notificação, apenas 2 tinham conhecimento do fato. Quanto a quem deve ser o profissional a notificar casos de VFCA na USF, 13 atribuíram esta responsabilidade ao enfermeiro, 1 atribuiu ao enfermeiro e/ou médico, e 1 não soube responder. Os resultados de Lobato (2009) também apontaram uma grande parcela de profissionais com dúvidas ou desconhecimento sobre a presença da ficha de notificação na unidade de saúde e que a notificação é evitada ao máximo pelas EqSF. No presente estudo, fica claro que as equipes de Saúde Bucal não se sentem responsáveis pelo ato de notificar, e pouco sabem sobre notificação.

“Na suspeita eu prefiro não fazer. Vou ser sincera: pra mim fazer uma notificação, eu preciso ter certeza [...] eu, na suspeita, eu prefiro não fazer essa notificação não.” (CD 1)

Alguns profissionais fariam a notificação se fosse necessário, caso soubessem os procedimentos a serem feitos. Inclusive ao se questionar o conhecimento da ficha de notificação, um CD respondeu “Já ouvi falar, mas nunca vi até porque a gente nunca precisou usar. [...] É o meio que a gente tem de notificar uma coisa errada que tá acontecendo” (CD 4)

[...] se existe uma ficha, a gente tem que ter o conhecimento porque hoje eu não conheço nenhum caso aqui na unidade, mas pode ser que daqui a um tempo apareça algum caso, que algum paciente chega relatando e aí pelo menos com a ficha de notificação a gente tem como passar isso direitinho pro papel e entregar as pessoas responsáveis. (TSB 3)

“[...] nunca aconteceu nada assim, de eu tá fazendo notificação. Nunca foi preciso.[...] Se for preciso, faria sim. Sabendo fazer” (TSB 1)

“Porque você não tem que guardar isso pra você. Eu acho que você tem que denunciar mesmo. Então a ficha deve ser o ponto de partida, né?” (ASB 3)

6.2.4. Sentimentos e limitações dos profissionais

Os 15 entrevistados foram questionados sobre como se sentiam enquanto profissionais de saúde diante de casos de VFCA. As falas demonstraram grande receio em agir diante de um caso em uma comunidade violenta, e um sentimento de impotência.

“Intimidado. Você fica ainda mais assim numa população que você não sabe o que pode te acontecer se souberem que foi você que denunciou.” (CD 1)

“De pés e mãos atadas.” (CD 2)

“Me sinto muito chateada, de repente, por não poder fazer mais pela criança.” (CD 3)

“[...] a gente nunca identificou nenhum caso específico, então não teve nada que chocasse mais ou causasse qualquer outro tipo de sentimento um pouco mais exacerbado.” (CD 4)

“Impotente [...] a gente gostaria muito de ajudar, tem capacidade pra ajudar [...] mas muitas das vezes numa cena de risco, a gente acaba tendo que recuar diante disso.” (CD 5)

“Eu me sinto indignada [...]. De pés e mãos atadas” (TSB 1)

“A gente se sente muito inválida [...] essas coisas de violência ninguém busca se resolver, existe o medo.” (TSB 2)

“Indignada. [...] poderia ser com o meu filho, poderia ser com meu irmão, poderia ser com a minha mãe, poderia ser comigo mesmo.” (TSB 3)

“Impotente.” (TSB 5)

“Triste, porque eu não gosto de ver ninguém sofrer.” (ASB 2)

“A gente fica chocado, né? [...] Ainda mais sendo um programa de família, a gente se sente dentro daquilo ali.” (ASB 5)

Todos demonstraram se sentirem impotentes, alguns demonstram indignação e tristeza, porque acreditam que nada podem fazer por inabilidade ou medo. Sentem-se incapazes de enfrentar a violência. Luna (2007) observou também grande falta de habilidade dos profissionais em manusear os casos de maus-tratos infantis. Lobato (2009) relatou que a maioria dos profissionais de saúde que compõem a EqSF se sente insegura pela falta de conhecimentos e habilidades específicas para lidar com casos de violência familiar.

Dificuldades no enfrentamento da violência familiar existem para todos os componentes de EqSF, no entanto, as ESB apresentam grande receio por acreditarem não ser sua atribuição direta dentro da ESF. Há um sentimento de insegurança por parte dos profissionais, que não se sentem respaldados no serviço de saúde para lidarem com situações de violência.

“Você fica ali meio com medo, do que pode vir a acontecer com você.” (CD 1)

“[...] quando há suspeita de um índice grande de violência na comunidade, nós não podemos abordar um desconhecido que está ali, que não sabemos o que, qual é a conduta dele [...] A gente pode acabar sendo vítima de violência.” (CD 5)

6.2.5. Trabalho em Equipe

Um dos TSB entrevistados mencionou como age a EqSF diante de um caso suspeito ou detectado em relação à ESB.

Porque a gente mesmo, tá totalmente fora disso. [...] O que acontece sobre isso, eles não chamam a odonto. Entendeu? Eles fazem a reunião deles [...] Aí eles procuram eles mesmos resolver entre eles ali, mas a Odonto nunca participa. (TSB 1)

Quando perguntado se eles participam de reunião de equipe, a fala de TSB 1 foi “Participamos da reunião de equipe, mas nesse caso não.” Na continuação foi questionado se a EqSF não leva os casos de violência para as reuniões de equipe “Não, pra gente não. [...] você ouve um comentário, mas a gente assim tomar parte, estar ali no meio, não.”

Esta realidade das equipes é percebida em outra fala, quando foi perguntando da ocorrência de reunião de equipe: “Temos, mas muito difícil, só quando acontece algum problema dentro da equipe.”, e se esta é semanal “Não temos não.” (ASB 4)

Ao se questionar se a EqSF já detectou algum caso de VFCA, TSB 2 traz em sua fala uma insuficiente integração de equipe “Nunca foi passado pra gente se houve [...] a parte da Odonto parece muito distante da parte da Enfermagem, parece que não sei se acha que não nada a ver. Então, não é conversado essas coisas.”

Estas falas indicam uma situação oposta ao que é preconizado em termos de atuação das equipes de Saúde da Família. A unidade produtora dos serviços de saúde não pode ser um profissional isolado, mas sim a equipe, que enfoca a família e não apenas o indivíduo. A assistência à saúde deve envolver um trabalho coletivo e complexo, com base na interdisciplinaridade e na multiprofissionalidade (ALMEIDA; MISHIMA, 2001). A equipe multiprofissional deve realizar uma troca de conhecimentos e de problemas do serviço. Este intercâmbio de informações deve

acontecer diariamente, sem prejuízo às reuniões de equipe, pelo menos uma vez por semana. Entretanto, percebe-se com o trabalho de campo que nem todas as unidades possuem esta rotina, e quando possuem nem sempre a ESB está presente.

O isolamento das ESB é controverso, pois as ESB relatam não serem convidadas a participar de reuniões onde a pauta não faz parte dos interesses da Odontologia. Porém, fica o questionamento se não seriam as próprias ESB que se isolam do restante da EqSF, não só em relação ao tema da violência, mas como outros temas, os quais a Saúde Bucal ainda não se apropriou. Esta postura com certeza, se deriva da formação e da prática dos profissionais, muito arraigadas a uma Odontologia puramente restauradora, reabilitadora e preventiva, mais ligada à boca e seus anexos. As práticas de Saúde Bucal têm sido feitas praticamente “entre quatro paredes”, restrita à prática do CD com seu equipamento odontológico. No entanto a incorporação das ESB nas EqSF é um difícil desafio à mudança dos paradigmas odontológicos, do modelo de organização e prática curativa (BRASIL, MS, 2008).

Um outro sentimento que surgiu em uma das entrevistas é o de atender as cobranças de produção técnica no trabalho em equipe. Em uma das falas da TSB2 fica claro que esta cobrança típica do serviço de Odontologia dificulta o acolhimento e ampliação da abordagem pelos profissionais da ESB. A fala indica que, se os profissionais de Saúde Bucal trouxerem para si mais uma atribuição, não conseguirão produzir aquilo que lhes é normalmente cobrado enquanto equipe de Saúde Bucal.

Mas a gente sozinha, só assim, os funcionários só, é difícil porque existe a outra parte nossa, né? A gente não tem que fazer aquela parte que nos é pedido. Então a gente, se for direcionar pro outro lado eu não consigo apresentar o que me é pedido. (TSB 2)

Há uma tendência dos gestores ainda cobrarem e valorizarem a produção quantitativa de serviços, o que era usual no modelo assistencial tradicional. Mesmo que na teoria a proposta da ESF enfatize as ações de promoção de saúde e prevenção, na prática, as consultas individuais, base do modelo assistencial anterior, ainda são mais valorizadas dos que estas ações, o que leva a uma dupla mensagem

aos profissionais, especialmente aos recém-contratados. Vale ressaltar que a falta de treinamento introdutório e educação permanente dos profissionais contribui para o desconhecimento do sentido real da sistematização do que é produzido pelas EqSF. Belford Roxo ainda é um município que convive com os dois modelos, Unidade de Saúde da Família e Unidade Básica tradicional. Mais que uma produção pautada em quantidade de atendimentos, a ESF visa uma produção transformadora na forma do cuidado pelos profissionais e que mude hábitos da população.

No entanto, cabe aos gestores e EqSF melhorarem sua comunicação intrasetorial, e negociar a forma mais adequada de trabalharem a questão da violência, que é claramente uma atribuição de toda a equipe conforme o Guia Prático do PSF ao “identificar processos de violência no meio familiar e abordá-los de forma integral, organizada, com participação das diferentes disciplinas e setores” (BRASIL, MS, 2002, p.74). Trabalhar em um tema não significa deixar outras práticas pertinentes sem assistência, ou seja, a Saúde Bucal não precisa deixar a rotina de consultório dentário para trabalhar com a violência, e sim deve incorporá-la a sua prática de cuidado integral. Gestores e equipes devem pactuar uma agenda de trabalho viável e compatível com a realidade de cada território, e estarem abertos a discussões periódicas das práticas em saúde, sempre avaliando a produção com finalidade de organização e avaliação de serviços.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incorporação da Saúde Bucal à EqSF ocorreu na ESF, mas ainda existe a segmentação ESB/EqSF, que são tratadas pelos próprios profissionais de formas distintas, como se uma não fosse parte integrante da outra. Esta dicotomização dificulta o trabalho em equipe, e o desenvolvimento de ações conjuntas, aumentando o isolamento. A Saúde Bucal ainda precisa estar mais atenta ao seu papel dentro da Estratégia da Saúde da Família, não só com práticas curativas, mas inserida no contexto da Promoção de Saúde e Integralidade das ações, o que faz parte da proposta de criação do programa.

O conhecimento das ESB sobre VFCA é básico e restrito. A educação permanente e a ampliação de redes de suporte profissional poderão aumentar a busca por novos conhecimentos, e propiciar o aumento dos atos de prevenção, diagnóstico e notificação desse problema social, ficando clara a importância do esforço multidisciplinar, intra e intersectorial.

Os profissionais das ESB ainda não perceberam o potencial de seus olhares para o enfrentamento da violência familiar. A contribuição não só no reconhecimento e na identificação de situações de violência, mas na prevenção e promoção de bons-tratos é fundamental. A aproximação com o usuário permite a construção conjunta de uma autonomia viável para o enfrentamento dos problemas.

O contato entre profissional e paciente, e consequentemente com os familiares durante a consulta odontológica poderia ser mais explorado. O tempo de consulta é em torno de 30 minutos, e são consultas muitas vezes semanais, e dependendo da resolutividade do caso, pode ser um convívio de alguns meses. O profissional passa a ser alguém em quem o paciente deposita confiança para relatar algum problema. O cirurgião-dentista tem uma grande proximidade física, mas também emocional. E os profissionais auxiliares que estão em volta daquele atendimento também são incluídos neste processo e devem estar atentos a comportamentos e atitudes de pacientes e familiares.

Considerando que os profissionais da ESF devem entender a família em seu espaço social, suas interações e conflitos e que construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar envolve também lidar com violência, é necessário uma

sensibilização das ESB. Percebe-se que os profissionais entrevistados reconhecem alguns tipos de violência, mas apresentam dificuldades na identificação de casos. Muitas vezes há suspeita, mas o caso não é levado a todos os membros da EqSF para uma discussão em reunião de equipe.

No que diz respeito às experiências vividas pelos profissionais sobre a VFCA em seu território, alguns já observaram casos em sua USF, mas como meros expectadores e muitos preferem não se envolver na questão, mesmo admitindo que entendam ser de sua competência enquanto membros de uma EqSF. Em várias falas, os entrevistados mostraram suspeitar de alguns casos, mas pela falta de habilidade e por não terem certeza de que se tratasse de violência, não tomaram nenhuma atitude. Nota-se que com determinados profissionais há uma sensibilidade natural para tais situações.

Ressalta-se que ainda há o medo em lidar com a questão da violência. Como os profissionais estão em contato com os usuários da USF diariamente, e trabalham naquele território, existe o receio de abordar e até de notificar as famílias adscritas. Os profissionais se sentem vulneráveis mediante um caso, principalmente em se tratando de comunidades com alto índice de violência urbana. O suporte da gestão aos profissionais é importante para diminuir o medo e a sensação de vulnerabilidade.

Os saberes e práticas de notificação da violência familiar são quase nulos, pois na Saúde Bucal apenas os profissionais que possuem outra formação, ligada ao Serviço Social é que conheciam a ficha e o procedimento de notificação. No entanto, nunca notificaram. Com o grande potencial de suspeição e detecção que as Equipes de Saúde Bucal possuem em suas ações, principalmente na assistência durante a consulta odontológica, as notificações podem aumentar nas famílias onde existe violência e a prevenção pode ser feita junto àquelas famílias de risco.

Os profissionais relacionam sua falta de habilidade em lidarem com violência à falta de treinamento e capacitação. Nas falas, foi mencionado o interesse em capacitações, mais treinamento para que os profissionais possam se apropriar de mais conhecimentos sobre o tema, para saber abordar e lidar com os casos de violência familiar. A ampliação de redes de suporte ao profissional pode aumentar a busca por novos conhecimentos, aumentando atos de prevenção, diagnóstico e notificação desse problema social.

O fortalecimento da Rede Intrasetorial da Saúde, e de cada EqSF com todos os seus membros, propicia um trabalho de equipe mais articulado, verdadeiramente multidisciplinar, de forma a possibilitar a integralidade das ações no serviço.

Observou-se que existem dificuldades em relação à comunicação intrasetorial e intersetorial, o que se interpõe claramente no caminho de qualquer negociação. Nem todas as ESB conhecem o trabalho do NASF, que é composto de profissionais que dão o suporte necessário a EqSF. A comunicação de toda a EqSF com o NASF é imprescindível para um trabalho mais integrado, acrescido da Coordenação de Saúde da Família e Secretaria de Saúde.

Os profissionais desejam se interar do assunto e estar preparados, e de também saber como e para onde encaminhar os casos, inclusive com os contatos de locais como Conselho Tutelar, CREAS, CRAS, Promotoria da Infância e Juventude e delegacias. Na realidade, o importante é que a ESF seja parte da Rede de Proteção ligada a Criança e o Adolescentes. O município de Belford Roxo tem feito tentativas para a criação da Rede de Proteção à Criança e o Adolescente. A intersetorialidade no município é muito pobre, como se pode observar nas falas. Existe alguma articulação com os CRAS e setor de Educação (creches e escolas), mas pouco se ouviu a respeito de igrejas, Conselhos Tutelares, e delegacias, e em nenhum momento mencionou-se juizados.

As potencialidades de comunicação e negociação da ESB podem ser melhores com o restante da própria EqSF e conseqüentemente com Coordenação da ESF e Secretaria de Saúde. No entanto, é necessário rever muito a prática do serviço, através de mais Educação Permanente, além da comunicação com outros setores que podem compor a Rede de Proteção a Criança e o Adolescente. Maiores esforços devem ser desprendidos com a Secretaria de Educação e Assistência Social, e outros setores, privados ou públicos, ligados aos territórios em questão, como igrejas da comunidade, escolas e creches.

Os gestores precisam ampliar as competências da ESB. Estas podem ir além do mero “serviço odontológico prestado”. Os profissionais precisam sair do consultório odontológico, não somente utilizando visitas domiciliares. A comunicação entre EqSF e gestão reforça a rede intrasetorial, e facilita o trabalho com a comunidade. Ressalta-se que não basta só a comunicação, mas uma soma de todos

os esforços através de parcerias, pactuando as propostas e pondo em prática no serviço as iniciativas.

Existem ainda algumas lacunas a serem preenchidas a partir deste estudo. No entanto, a partir dele sugere-se a Educação Permanente para os profissionais de toda a EqSF, e principalmente os profissionais da Saúde Bucal. Na formação de novas equipes, e na incorporação de novos profissionais às equipes sugere-se que a violência seja também tema do Curso Introdutório. Inicialmente, cursos de sensibilização a todos os profissionais da ESF, incluindo também os gestores, para que possam estar inseridos no contexto dos problemas do município. As ESBs ficam sempre à margem do restante das EqSF no que diz respeito aos cursos e treinamentos. A conscientização dos reais papéis de cada profissional da EqSF, principalmente da Saúde Bucal, que tem grandes potencialidades de atuação precisa se desenvolver. Diante da necessidade de expansão da ESF, a ESB precisa se apropriar de suas competências enquanto componente da EqSF, e principalmente em assumir que a questão da violência, mais que um problema a ser trabalhado pelos profissionais de saúde, tem que ser enfrentado pelos atores de todo segmento social.

O município de Belford Roxo apresenta necessidades importantes, constituindo um grande desafio a rede intrasetorial. Sugere-se a ampliação da ESF, mas pautada sempre na Educação Permanente. Uma alternativa viável é o uso de recursos como Telessaúde e parcerias com cursos de pós-graduação em Saúde da Família, para suprir as carências de conhecimentos dos profissionais.

O levantamento da situação de violência em cada área do território, a criação de projetos para o enfrentamento da violência, o conhecimento do fluxo de atendimento das famílias em situação de violência, incluindo procedimentos de notificação e o suporte da gestão aos profissionais, garantindo sua integridade e segurança, são propostas viáveis e necessárias a serem implantadas no município de Belford Roxo. Iniciativas, que já vêm ocorrendo, como fóruns, oficinas e reuniões voltadas para a criação e ampliação da Rede de Proteção a Crianças e Adolescentes, começando pela ESF, é o ponto de partida para a transformação social necessária ao enfrentamento da violência familiar em Belford Roxo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAPIA. **Dados sobre violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes no Estado do Rio de Janeiro.** 1999.

ALCANTARA, Christian Mendez. A experiência do Paraná. In: MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge. **Saúde Bucal das Famílias. Trabalhando com Evidências.** São Paulo: Artes Médicas, 2008.

ALEXANDRE, Gisele Caldas. **Psicologia evolucionista e violência doméstica contra a criança.** 2008. 123 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

ALMEIDA, Ana Maria Ribeiro. **A Intersetorialidade e a Estratégia Saúde da Família: desafios da relação entre o discurso e a prática.** 2008. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

AMORIM, Cloves; VICENTE, Renata B. Abordagens de família: uma aproximação da psicologia. In: MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge. **Saúde Bucal das Famílias. Trabalhando com Evidências.** São Paulo: Artes Médicas, 2008.

ANDRADE, Clara de Jesus Marques; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.3, p.591-5, 2008.

ANSELMO, Gisele Caroline Ribeiro. **A construção da rede socioassistencial do município de Belford Roxo na perspectiva do PNAS/SUAS: limites e possibilidades.** 2008, 120 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2008.

APRATTO JÚNIOR, Paulo Cavalcante; MORAES, Cláudia Leite de. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Rev Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.6, p.2983-2995, 2010.

ASSIS, Simone Gonçalves de; DESLANDES, Suely Ferreira; SANTOS, Nilton César. Violência envolvendo crianças no Brasil, um plural estruturado e estruturante. In:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, 2005. 340p.

BALDANI, Maria Helena. A experiência em cidades de médio e pequeno porte do Paraná. In: MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge. **Saúde Bucal das Famílias. Trabalhando com Evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise do Conteúdo**, 4ª. ed, 2007.

BAZON, Marina Rezende. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.323-332, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Manual Para a Organização da Atenção Básica**. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **A Saúde de Adolescentes e Jovens**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1444 de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 267/MS de 06 de maio de 2001**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 737/GM 16 de maio de 2001**. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2002. 69p.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Violência intrafamiliar. Orientações para a prática em serviço. **Cadernos de Atenção Básica**; n. 8. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 673, de 03 de junho de 2003**. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família e dá outras providências. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília: 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Panorama, Avaliação e Desafios**. 2º Seminário de Gestão Participativa Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I, Rio de Janeiro. Brasília: 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Plano regional – reorganização do SUS na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 86p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Saúde Bucal nos 20 Anos do SUS. **Informe da Atenção Básica**. n. 48, ano 9, set./out., 2008.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção das Violências, Promoção à Saúde e Cultura da Paz. **Informe da Atenção Básica**. n. 49, ano 9, nov./dez., 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. **Cadernos de Atenção Básica**; n. 24. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.

_____. Ministério da Saúde. **VIVA**. Disponível em [:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1612>](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1612) Acesso em: 21 abr 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota técnica. Origem dos dados.** Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf> Acesso em: 20 nov 2010.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. **Nota técnica. Cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.** Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_esb.pdf> Acesso em: 20 nov 2010.

BURJAILI, Bruno de Oliveira; RIBEIRO, Lindioneza Adriano. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na perspectiva dos profissionais do programa saúde da família (PSF) e do programa dos agentes comunitários de saúde (PACS), Uberlândia – MG. **Rev Horizonte Científico**, v.1, n.7, 2007. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/view/3814/2819>> Acesso em: 28 jun 2010.

CAROTTA, Flávia; KAWAMURA, Débora; SALAZAR, Janine. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, v.18, s.1, p.48-51, 2009.

CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. **Rev Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.193-200, 1999.

CAVALCANTI, Alessandro Leite; VALENÇA Ana Maria Gondim; DUARTE, Ricardo Cavalcanti. O odontopediatra diante de maus-tratos infantis: diagnóstico e conduta. **J Bras Odontoped e Odontol Bebê**, v.3, n.6, p.451-455, 2000.

CHAIM, Luis Antonio de Filippi; GONÇALVES, Roberto José. A responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista em relação à criança maltrada. **Rev ABONac**, v.14, n.1, p.19-24, 2006.

CORDELLINI, Julia Valeria Ferreira. Saúde do Adolescente na Estratégia Saúde da Família. In: ARCHANJO, Daniela Resende; ARCHANJO, Léa Resende; SILVA, Lincoln Luciano. **Saúde da Família na atenção primária**. Curitiba: IBPEX, 2007.

CURY, Munir (org). **Estatuto da Criança e Adolescente comentado**. 7. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Cadernos de Informações de Saúde Municipal de Belford Roxo**. Brasil, 2009.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde**. Brasil, 2010.

DESLANDES, Suely Ferreira. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.177-187, 1994.

DESLANDES, Suely Ferreira. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? **Rev Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.81-94, 1999.

DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves de; SANTOS, Nilton César. Violência na adolescência, sementes e frutos de uma sociedade desigual. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, 2005. 340p.

ISHIDA, Valter Kenji. **Estatuto da Criança e do Adolescente. Doutrina e Jurisprudência**. Atlas: São Paulo, 1998.

FRAIZ, Ipojucan Calixto. Saúde e Sociedade. In: ARCHANJO, Daniela Resende; ARCHANJO, Léa Resende; SILVA, Lincoln Luciano. **Saúde da Família na atenção primária**. Curitiba: IBPEX, 2007.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na Assistência à Saúde: A Organização das Linhas do Cuidado. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed., São Paulo: HUCITEC, 2004

FUNDAÇÃO CIDE. **Anuário Estatístico 2003 do Estado do Rio de Janeiro**. Centro de Informações e Dados do Estado do Rio de Janeiro. 2003.

GIL, Antonio Carlos. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, Romeu et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Rev Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.275-283, 2002.

GONÇALVES, Hebe Signorini; FERREIRA Ana Lúcia. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.315-319, jan./fev., 2002.

GONÇALVES, Eida Maria Borges; OLIVEIRA, Adauto Emmerich. O processo de trabalho do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família: uma contribuição à construção do SUS. **Rev Bras Pesquisa em Saúde**, v.11, n.3, p.44-51, 2009.

GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia, et al. Ocorrência de Maus-Tratos Infantis na Cidade de Caruaru-PE. **Pesq Bras Odontop Clín Integr**, v.6, p.57-62, 2006.

GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia; MENEZES, Valdenice Aparecida, SILVA, Paula Fernanda Rodrigues de Melo. Maus tratos infantis percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista. **Rev Odonto Ciência**, v.23, n.1, p.35-39, 2008.

GRANVILLE-GARCIA Ana Flávia; SILVA, Maria Jackeline Freitas; MENEZES, Valdenice Aparecida. Maus-Tratos a Crianças e Adolescentes: Um Estudo em São Bento do Una, PE, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clín Integr**, João Pessoa, v.8, n.3, p.301-307, set./dez., 2008.

IBGE. Cidades@ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Belford Roxo - RJ Mapa de Pobreza e Desigualdade - Municípios Brasileiros 2003**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 01 out 2010.

JOSGRILBERG, Erika Botelho et al. Maus-tratos em crianças: a percepção do aluno de Odontologia. **Odontologia Clín.-Científ.**, Recife, v.7, n.1, p.35-38, jan./mar., 2008.

KEMPE, Charles Henry et al.. The battered child syndrome. **JAMA**, v.181, p.17-24, 1962.

KRIGER, Léo; TAVARES, Maria Cristina. Tornando-se pais: família com filhos pequenos. In: MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge. **Saúde Bucal das Famílias. Trabalhando com Evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

KRUG, Etienne G. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde** [traduzido] Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2002.

LOBATO, Geórgia Rosa. **Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde da família diante da violência doméstica contra crianças e adolescentes no**

município de Teresópolis – RJ. 2009. 129 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

LOPES NETO, Aramis A. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. **J Pediatr** Rio de Janeiro, v.81, n.5, suplement., p.164-172, 2005.

LÜDKE M, ANDRÉ MEDA. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU; 1986.

LUNA, Geisy Lanne Muniz. **Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família – Fortaleza (CE)** 2007. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Fortaleza, 2007.

MALTA, Débora Carvalho et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.16, n.1, p.45-55, 2007.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Rev Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.3053-3063, 2010.

MARTINS, Nina Rosa de Oliveira. **Deteção da Violência Familiar contra a criança na população adscrita ao PSF/Lapa – RJ.** 2007. 113 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2007.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência. Brasil, 2006 e 2007. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.347-357, fev., 2010.

MASSONI, Andreza Cristina de Lima Targino et al. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. **Rev Ciência Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.403-410, 2010.

MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1538-1544, nov-dez, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Rev Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.7- 23, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

_____. Violência, um problema social que afeta a saúde pública. In: **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v.35, n.23-35, mai., 2006.

_____. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2006.

MISHIMA, Silvana Martins et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.18, n.3, 09 telas, 2010.

MOCHIUTE, Tatiana. **Relatório mostra violência sexual contra crianças e adolescentes no RJ**. ADITAL. Agência de Informação Frei Tito para a América Latina. Publicado em: 21 jul 2009. Disponível em: <<http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=PT&cod=39938>> Acesso em: 28 jun 2010.

MORAES, Claudia Leite de; ROCHA, Pedro Carlos Xavier. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói, RJ. **Rev Ciência Saúde Coletiva**, 2009. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4372> Acesso em: 13 jun 2010.

MORAES, Danielle Ribeiro de. Revisitando as concepções de integralidade. **Revista APS**, v.9, n.1, p.64-72, jan./jun., 2006.

MOURA, Anna Tereza Miranda Soares de; MORAES Claudia Leite de; REICHENHEIM, Michael Eduardo. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n12, p.2926-2936, dez, 2008.

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo. Políticas de saúde bucal. In: MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge. **Saúde Bucal das Famílias. Trabalhando com Evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

NORO, Luiz Roberto Augusto. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, CE. In: MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge. **Saúde Bucal das Famílias. Trabalhando com Evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

NOVLOSKI, Claudia Regina; SOUZA, Maristela de; PIOVEZAN, Sonia Mara. A Criança. In: ARCHANJO, Daniela Resende; ARCHANJO, Léa Resende; SILVA, Lincoln Luciano. **Saúde da Família na atenção primária**. Curitiba: IBPEX, 2007.

OLIVEIRA, Celin Camilo de; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa de. Prática dos profissionais de equipe de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.4, p.605-12, 2007.

PATACO, Vera; VENTURA, Magda Maria; RESENDE, Érica dos Santos. **Metodologia para trabalhos acadêmicos e normas de apresentação gráfica**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

PATUSSI, Marcos Pascoal et al. Influência do capital social no contexto da Estratégia Saúde da Família. In: MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge. **Saúde Bucal das Famílias. Trabalhando com Evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-9, 2001.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O Território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia**, v.2, n.2, p.47-55, jun, 2006.

PEREIRA, Ana Tereza da Silva et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, sup 1:S123-S133, 2008.

PIRES, Ana LD; MIYAZAKI, Maria COS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arq Ciênc Saúde**, v.12, n.1, p.42-9, jan./mar., 2005.

PRVL (Programa de Redução de Violência Letal) **Índice de Homicídios na Adolescência**. Brasília, 2009.

REICHENHEIM, Michel Eduardo; HASSELMAN, Maria Helena; MORAES, Claudia Leite de. Consequências 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, p.109-121, 1999.

ROCHA, Pedro Carlos Xavier. **A violência contra a criança no ambiente intrafamiliar em comunidades adscritas ao Programa Médico de Família de Niterói/RJ**. 2008. 148 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2008.

ROCHA, Evelin Cristina Araújo da; ARAÚJO, Maria Arlete Duarte de. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. **RAP**, Rio de Janeiro, v.43, n.2, p.481-517, mar./abr. 2009.

SANTOS, Marco Antônio Merechia; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **ACM arq catarin Méd**, v.33, n.3, p.31-40, jul./set., 2004.

SANTOS, Neuci Cunha dos. **Práticas sanitárias frente à violência intrafamiliar no âmbito do PSF – um estudo de caso**. 2005. 155 f. Tese. (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

SANTOS, Débora Luiza et al. A integralidade nas ações da equipe de saúde de uma unidade de internação pediátrica. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.13, n.31, p.359-68, out./dez., 2009.

SILVA, Lincoln Luciano; FÉLIX, Sarah Beatriz Coceiro Meirelles. Gerência e trabalho em equipe na atenção primária. In: ARCHANJO, Daniela Resende; ARCHANJO, Léa Resende; SILVA, Lincoln Luciano. **Saúde da Família na atenção primária**. Curitiba: IBPEX, 2007.

SILVA, Priscila Arruda da et al. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saúde**, v.8, n.1, p.56-62, jan./mar., 2009.

SILVA, Rubenice Amaral; PALITO, Amanda Pereira; CRUZ, Maria Carmem Fontoura Nogueira. Prevalência das lesões orofaciais em casos de maus-tratos infantojuvenis na cidade de São Luís (Maranhão). **Rev ABO Nac**, v.17, n.4, p.236-9, ago./set., 2009.

SILVA, Leonardo Rabelo de Matos. Belford Roxo: razões para a queda da criminalidade. **Rev Âmbito Jurídico**, Rio Grande, n.13, 2003. Disponível em: <[http://www.ambito-](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=3642)

[juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=3642](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=3642)>.

Acesso em: 28 jun 2010.

SILVEIRA, João Luiz Gurgel Calvet da; MAYRINK, Sheila; NETTO, Otacílio Batista de Sousa. Maus-tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas. **Pesq Bras Odontop Clin Integr**, v.5, n.2, p.119-126, mai./ago., 2005.

SEMUS, Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo. **Treinamento para os profissionais do Programa Saúde da Família de Belford Roxo**. Setorização e Cadastro. Apostila. 2010.

SOUZA, Djalmo Sanzi. A participação da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: a experiência do Rio Grande do Sul. In: MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge. **Saúde Bucal das Famílias. Trabalhando com Evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

SOUZA, Keny C; DECURCIO, Rafael A; VELOSO, Heloísa HP. Avaliação do Nível de Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas sobre Maus Tratos Infantis. **Rev Odontol Bras Central**, v.18, n.48, p.67-70, 2010.

TCE. Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. **Estudos socioeconômicos. Belford Roxo**. 2009.

TORNAVOI, Denise Cremonezzi; GALO, Rodrigo; SILVA, Ricardo Henrique Alves. Conhecimento de profissionais de Odontologia sobre violência doméstica. **RSBO**, v.8, n.1, p.54-9, jan./mar., 2011.

VENTURA, Maria Magda. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Rev SOCERJ**, v.20, n.5, p.383-386, set./out., 2007.

VENDRUSCOLO, Carine; CONSTANCI, Caroline; RÖHRIG, Franciane Alba. Introdução para Equipes de Saúde da Família: Uma Proposta de Educação Permanente em Saúde no Oeste de Santa Catarina. **Rev Saúde Públ Santa Cat**, Florianópolis, v.3, n.2, jul./dez., 2010.

VIEIRA, Elvio Luís Ramos; KATZ, Cíntia Regina Tornisielli; COLARES, Viviane. Indicadores de maus-tratos em crianças e adolescentes para uso na prática da Odontopediatria. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v.7, n.2, p.113-118, 2008.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros**. Brasília: Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana, 2008

WALDMAN, Eliseu Alves; JORGE, Maria Helena de Mello. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. **Rev Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.71-79, 1999.

WIKIPEDIA. **Belford Roxo**. 2010 Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Belford_Roxo> Acesso em: 10 dez 2010.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso Planejamento e Métodos**, 3ª ed, Artmed Editora, 2003.

ZOTTIS, Graziela Aline Hartmann; ALGERI, Simone; PORTELLA, Vera Catarina Castiglia. Violência intrafamiliar contra a criança e as atribuições do profissional de Enfermagem. **Fam Saúde Desenv**, Curitiba, v.8, n.2, p.146-153, mai./ago., 2006.

APÊNDICE I

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA CIRURGIÃO-DENTISTA, TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL, E AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL.

PERFIL DO PROFISSIONAL

1) Categoria profissional: () CD () TSB () ASB

2) Idade: _____

3) Sexo: () M () F

4) Escolaridade: _____

Outros cursos complementares: _____

Caso não tenha concluído o Ensino Médio, ver última série concluída _____

5) Tempo de formação na área de saúde bucal: _____

6) Tempo de trabalho na Saúde Bucal: _____

7) Tempo de trabalho junto a ESF: _____

8) Tempo de trabalho nesta equipe da ESF: _____

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS COM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA

9) Em sua opinião, existe violência na sua área de abrangência?

- **Em caso positivo:** Como está o nível de violência em sua área de abrangência? Observar se a família é citada e de que maneira, com que ênfase. Se a família for citada, pedir para explicar melhor, falar mais a respeito.
- **Em caso negativo,** perguntar se há casos de violência dentro da família e como ela se manifesta.
- **Se não falar sobre violência urbana/comunitária,** perguntar se existe na área de abrangência.

10) Você acha que as crianças e adolescentes são afetados por isto?

- Em caso positivo, como?

11) Você pode mencionar exemplos de casos de violência contra criança e o adolescente em sua área de abrangência? E dentro das famílias?

- Quais são os mais comuns/freqüentes? Você tem outros exemplos?
- Buscar mapear os casos locais. Se mencionar exemplos nas perguntas anteriores, perguntar se tem outros exemplos ou falar mais com mais detalhes sobre os exemplos dados anteriormente.
- **Em caso negativo**, perguntar se tem algum outro exemplo que não seja diretamente ligado à saúde bucal que seja se tenha ciência na unidade, de VFCA e de que forma chegou ao seu conhecimento (reunião de equipe?).

12) Quais são as pistas que fazem você suspeitar que esteja acontecendo algum caso de violência familiar contra crianças e adolescentes em sua área de abrangência?

- O acompanhante faz comentário, fala alguma coisa que faça você suspeitar que esteja ocorrendo algum tipo de violência contra a criança? **Em caso positivo**, que tipo de coisa ele fala? E se você suspeitar por algum motivo de que esteja ocorrendo VCA e perguntar diretamente para ele, ele continua a falar abertamente sobre a situação?
- As visitas domiciliares te ajudam a perceber os casos? **Em caso positivo**, solicitar que explique melhor. Como/porque a visita ajuda a perceber os casos?
- Fazer um atendimento no consultório dentário ajuda você a perceber os casos? Explicar melhor.
- Realizar ações de promoção de saúde bucal, do tipo: palestras na creche/escola, sala de espera, instrução de higiene oral e aplicação de flúor, ajuda a perceber estes casos? Explicar melhor.
- Você acha que o fato da unidade estar localizada dentro da comunidade ajuda a identificar os casos? Explicar melhor.

13) A sua Equipe de Saúde da Família (ESF) já detectou algum caso de VFCA? Como a ESF reagiu?

14) A sua Equipe de Saúde Bucal (ESB) já detectou algum caso de VFCA?**Como a ESB reagiu?**

- Ver o que é mencionado espontaneamente e solicitar detalhes sobre o que costuma fazer quando recebe uma denúncia ou desconfia que o problema esteja acontecendo em uma família cadastrada.

15) O que sua Equipe de Saúde da Família (ESF) fez diante do último caso de violência contra a criança e o adolescente?

- Que atitudes você, seus colegas da saúde bucal e os demais membros da equipe têm?
- A equipe sabe como e para onde encaminhar?

16) Existe em sua USF alguma atividade de prevenção à violência? A Saúde Bucal participa? De que forma?

- **Em caso negativo**, de que forma a ESB pode contribuir junto a ESF quanto à prevenção da violência?

17) Como você, enquanto profissional de saúde, se sente diante destes casos?

- Como pode ajudar ou o que fazer, enquanto membro de uma ESF?

18) Você conhece a ficha de notificação de violência?

- Sabe preencher a ficha de notificação? Já recebeu orientação sobre a ficha? Acha uma ferramenta importante? Sabe que a notificação é compulsória/obrigatória para todo profissional de saúde?
- Geralmente quem se responsabiliza pelas notificações na sua equipe? Você já fez alguma notificação? **Em caso negativo** ou de baixa frequência, perguntar por quê.

19) Sua equipe de Saúde da Família acompanha as famílias em situação de VFCA?

- Como? A equipe interage com o Conselho Tutelar?

- **Em caso positivo**, como?
- **Em caso negativo**, por quê?
- Como acha que o Conselho Tutelar atua em situações deste tipo? Caso o respondente não mencione, perguntar se a equipe notifica os casos suspeitos de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Com que frequência? No caso de resposta afirmativa, perguntar se após a notificação faz contato com a família ou realizou algum tipo de acompanhamento com a mesma?
- Se surgir algum caso, a equipe interage com outros setores como secretarias, Coordenação da ESF, CRAS/CREAS, creche/escola, igreja ou liderança comunitária?

20) A equipe de Saúde Bucal já recebeu treinamento sobre VFCA? Sente falta?

- Recebeu algum tipo de treinamento sobre violência desde que começou a trabalhar na ESF? Sente falta deste treinamento para a equipe? De que forma contribuiria?
- Recebeu informação sobre o assunto na sua formação acadêmica?
- Recebeu alguma informação de outra fonte (seminário, palestra, artigos, livros, capacitações)?
- Que tipo de informação sobre esta forma de violência você acha que seria útil para a equipe de saúde bucal?

21) Gostaria de falar mais alguma coisa ?

APÊNDICE II

Você está sendo convidado a participar de uma entrevista para a pesquisa: **“Conhecimentos, Atitudes e Práticas das Equipes de Saúde Bucal da ESF sobre Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes no Município de Belford Roxo, RJ”**. Sua participação não é obrigatória e não trará nenhum prejuízo, caso se recuse a participar. A qualquer momento você pode retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo.

O objetivo deste estudo é identificar e analisar o que os profissionais das equipes de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família do município reconhecem como violência familiar contra a criança e o adolescente na realidade em que atuam.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Os dados não serão expressos de forma a possibilitar sua identificação. Serão gravados, transcritos e posteriormente divulgados através de estudos científicos.

Você irá receber uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, Gabriela Silva dos Santos, que estará disposta a maiores esclarecimentos podendo tirar suas dúvidas sobre este projeto e sua participação a qualquer momento.

Belford Roxo, _____ de _____ de 2010.

Rua Terezinha Pinto, 103, Centro, Nova Iguaçu, RJ.

CEP: 26215-210

TEL: 2669-7886

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO I

Indicadores de maus-tratos em crianças e adolescentes

Fonte: VIEIRA; KATZ; COLARES (2008).

VIOLÊNCIA FÍSICA	VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	NEGLIGÊNCIA	VIOLÊNCIA SEXUAL
Cortes, hematomas, equimoses, contusões	Ansiedade	Alta incidência de injúrias por falta de cuidados dos pais	Gravidez precoce, Infecções do complexo orofacial relacionados a doenças venéreas: sífilis, gonorréia, condiloma acuminado, herpes tipo II, monilíase, tricomoníase
Abrasões, escoriações	Depressão	Baixo peso, desnutrição	
Marcas de mordidas, Alopecia traumática	Distímia, Apatia	Pobre higienização pessoal	
Queimaduras: à ferro, cigarro, substâncias cáusticas/venenosas	Rebeldia	Elevada incidência de cárie	
Injúrias na face, lacerações, fraturas maxilomandibulares, traumas dentários	Agressividade, delinqüência	Infecções e traumas orofaciais não tratados	Petéquias e eritema do palato por felação
Insensibilidade à dor durante as consultas	Passividade, isolamento	Dor	Retenção de fezes, masturbação excessiva, comportamento sexualizado
Baixa auto-estima, abatimento, timidez, sentimento de culpa, desatenção, incompreensão	Elevada sensação de raiva, carência afetiva, hiperatividade, necessidade de chamar atenção	Medo de desagradar ou excessiva preocupação em agradar, relutância em voltar para casa, sonolência, falta de confiança em adultos, choro sem causa aparente	

ANEXO II

PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006.

[...]

AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE SAÚDE BUCAL E DE ACS

As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde:

I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;

III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;

IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;

V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Médico:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo

sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

I - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;

IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;

V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

VI - organizar a agenda clínica;

VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

ANEXO III



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Nº _____

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais

1 Data da Notificação 2 UF 3 Município de Notificação

4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código (CNES)

5 Data da Ocorrência da Violência 6 Hora da Ocorrência (0 - 24 horas)

Dados da Pessoa Atendida

7 Nome 8 Data de Nascimento

9 Idade 10 Sexo 11 Gestante

12 Cor 13 Escolaridade

14 Ocupação 15 Situação conjugal / Estado civil

16 Relações sexuais 17 Possui algum tipo de deficiência?

18 Número do Cartão SUS 19 Nome da mãe

Dados de Residência

20 UF 21 Município de residência 22 Bairro de residência

23 Logradouro (rua, avenida, ...)

24 Número

25 Complemento (apto., casa, ...)

26 Ponto de Referência 27 CEP

28 (DDD) Telefone 29 Zona 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados da Ocorrência

31 Local de ocorrência

32 UF 33 Município de Ocorrência 34 Bairro de ocorrência

35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida, ...)

36 Número 37 Complemento (apto., casa, ...)

38 Zona de ocorrência 39 Ocorreu outras vezes? 40 A lesão foi autoprovocada?

41 Meio de agressão 42 Tipo de violência

Lesão	43 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)		
	01 • Sem lesão 02 • Fratura 03 • Entorse/luxação 04 • Corte/perfuração/laceração	05 • Contusão 06 • Queimadura 07 • Traumatismo crânio-encefálico 08 • Órgãos internos do abdome	09 • Órgãos internos do tórax 10 • Vasos sanguíneos 11 • Nervos 12 • Intoxicação
Violência Sexual	44 Parte do corpo atingida 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado		48 Se ocorreu penetração, qual o tipo?
	<input type="checkbox"/> Cabeça/face <input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Boca/dentes <input type="checkbox"/> Coluna/medula	<input type="checkbox"/> Tórax/dorso <input type="checkbox"/> Abdome/quadril
Em casos de violência sexual	45 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado		48 Se ocorreu penetração, qual o tipo?
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor	<input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____	1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal
Em casos de violência sexual	47 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____		
Em casos de violência sexual	48 Procedimento indicado 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados da provável agressão	49 Número de envolvidos		50 Relação com a pessoa atendida
	1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido
Evolução e encaminhamento	51 Sexo do provável autor da agressão		52 Suspeita de uso de álcool/drogas
	1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
Evolução e encaminhamento	53 Evolução do caso/ Encaminhamento no setor saúde		54 Se óbito, data
	1- Alta <input type="checkbox"/> 2- Encaminhamento ambulatorial <input type="checkbox"/> 3- Encaminhamento hospitalar <input type="checkbox"/> 4- Evasão / Fuga <input type="checkbox"/> 5- Óbito <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		____/____/____
Evolução e encaminhamento	55 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência de Assistência Social/CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____		
Evolução e encaminhamento	56 Circunstância da lesão		
	CID 10 - Cap XX _____		
Informações complementares e observações			
Disque-Saúde 0800 61 1997		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	
Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função	Assinatura