



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”
Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.
Sub-eixo: Ênfase em Trabalho profissional.

O PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA NA POLÍTICA DE SAÚDE E AS CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL PARA O DEBATE.

Larissa Cristina Bedo¹
Edvânia Ângela Lourenço²

Resumo: O Sistema Único de Saúde vem implementando importante rede de dados acerca do estado de saúde da população brasileira. Contudo, muitos problemas concorrem para que esses dados sejam deficitários. Assim, este texto discute relevância da construção de dados epidemiológicos, constatando a subnotificação da violência e a aproximação do Serviço Social com essa temática no seu cotidiano de trabalho.

Palavras-Chave: Serviço Social; Saúde; Violência.

Abstract: The SUS – Brazilian Unified Health System has been implementing a significant data network over the Brazilian population's health condition. Nevertheless, many problems compete to make this data insufficient. Therefore, this paper discuss the relevancy of epidemiological data, recognizing the underreporting of violence and the Social Services approach on this issue as an everyday assignment.

Keywords: Social Service; Health; Violence.

1 INTRODUÇÃO E MÉTODO

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, na tentativa de garantir os direitos fundamentais dos cidadãos previstos na Constituição Federal de 1988, representa uma conquista sem precedentes para a população. Desde o planejamento, criação e desenvolvimento desse sistema, tem-se verificado muitas mudanças no campo das políticas públicas de saúde, gerando não só conhecimento das demandas sociais como também resultados importantes no que se refere à organização e estruturação dos serviços na garantia dos direitos da população.

Em 1994, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) organizou uma conferência para um debate, convocando os ministros de saúde das Américas, pesquisadores e especialistas para debater o problema da Violência e sua relação com a saúde, estabelecendo que:

¹ Estudante de Pós-Graduação. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E- mail: <larissabedo@gmail.com>.

² Professor com formação em Serviço Social. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista. E-mail: <larissabedo@gmail.com>.

A violência pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...]. O setor da saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social. (OPAS, 1994, apud, MINAYO 2006).

Os participantes da referida Conferência entenderam que as transições epidemiológicas dos países da região apresentavam uma questão antiga, porém, com novas evidências, e que era preciso defini-las e mapeá-las nas suas especificidades históricas, para que fossem tratadas com as distinções próprias do setor de saúde. Ainda como aponta a resolução da OPAS (1994), os agravos por causas externas (violência e acidentes), representam uma das principais causas de mortes no Brasil. As causas externas causam grande impacto na qualidade de vida e nas condições de saúde da população por atingir um número maior de pessoas do que as que estão diretamente envolvidas nos casos de violência, e seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e dos grupos, familiares, incidindo na cultura e no modo de viver das pessoas. Deslandes (2000) afirma que, mesmo sobre a iminência de notificações nos órgãos públicos, os casos quantificados ainda representam apenas uma parcela do real contingente das vítimas de violência interpessoal/autoprovocada. Neste contexto, destaca-se a importância desse estudo para o Serviço Social enquanto categoria profissional com amplo histórico de atuação na área da saúde. Cabendo alguns questionamentos: Qual a relevância dos registros fidedignos para o banco de dados da saúde pública? Como o Serviço Social se insere no processo de notificação ou de ações de saúde decorrentes da Violência?

Este estudo foi apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), quando foi analisado o processo de notificação de violências realizados nas unidades de pronto atendimento na cidade de Franca – SP no período de 2015 a 2017, com foco para análise dos dados em 2016, bem como, localizar o Serviço Social como uma categoria profissional relevante para o enfrentamento ao universo que tange o fenômeno da violência. Para este texto foram selecionadas as informações que evidenciam o processo de subnotificação, como também a importância do trabalho profissional do Serviço Social nesse processo.

Embora seja um estudo que se vale bastante de dados estatísticos, o tratamento desses é de caráter qualitativo. Vale-se dos dados numéricos a respeito de quem mais é afetado, considerando o sexo, idade, cor, se pessoa com deficiência, entre outros, o tipo de violência e o encaminhamento feito pelos serviços. Contudo, o tratamento desses dados é de natureza qualitativa, balizado pelo olhar do Serviço Social. A coleta

de dados empíricos foi realizada em duas fases: a primeira compete a coleta dos dados através do Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN-NET); e a segunda diz respeito as entrevistas semi-estruturadas realizadas com dois assistentes sociais das unidades de pronto atendimento da política de saúde de Franca – SP. As entrevistas foram agendadas com antecedência e ocorreram no local de trabalho da(os) profissionais, tendo em vista a autorização da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde de Franca e pelo Comitê de Ética da UNESP Franca-SP. Alguns dados foram expostos no formato de tabelas e outros no decorrer da análise e estudo de caso.

2 VIOLÊNCIA: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Desde a década de 1980, percebe-se que as causas externas assumiram uma posição de destaque na política de saúde, em âmbito internacional e nacional, sendo consideradas um problema de saúde pública devido à sua magnitude, como sendo a primeira forma de introdução do tema no setor da saúde. Embora seja um fenômeno sócio-histórico, a violência se aproxima da saúde muito recentemente. (BRASIL, 2005).

Apesar da grande relevância da temática pelo crescente aumento de violência, “nunca um tema provocou e continua a provocar tantas resistências em relação a sua inclusão na pauta do setor como o de violências e acidentes. ” (MINAYO, 2006, p.46). A sensibilização em relação ao assunto como pauta para ação da saúde deu-se, a princípio, com a complexa problemática da violência contra crianças e adolescentes. Mesmo havendo a existência de documentos históricos que mostram uma preocupação da sociedade em regular maus-tratos na infância, é somente em 1980 que surgem as primeiras produções textuais que vinculam essa violência à saúde.

Em 1997, a OMS realizou uma Assembleia Mundial com ministros de saúde de todos os países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), em que violência não só fez parte dos debates, como também o combate e a redução foi uma das prioridades recomendada para as Américas. Mas é somente em 2002 que a OMS, elaborou um Relatório Mundial que definiu Violência e substituiu o termo “causas externas”, que incluía “acidentes e violências”, pela expressão “violência e saúde”. Embora a OMS tenha realizado um Relatório Mundial em 2002 acerca da Violência e Saúde, o Ministério da Saúde brasileiro já havia publicado oficialmente em 2001 um documento intitulado “Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências” (Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/2001).

Como um dos avanços mais importantes, tem-se a formulação do Plano de Ação, iniciado em 2003 implantado e colocado em prática em 2005. Oficializado pela portaria

936 do Ministério da Saúde, em maio de 2004, esse plano dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, e a implantação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. O ano de 2004 também foi marcado por outra portaria do Ministério da Saúde, a que disseminou a notificação compulsória de Violência contra a Mulher instituindo uma ficha de notificação como forma de registro. (MINAYO, 2006).

Foi implantando em 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), que tem como finalidade a vigilância contínua com a notificação dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras formas de violência (MINAYO, 2006; BRASIL, 2016). O Viva tem o objetivo de analisar a tendência das violências e acidentes, além de descrever o perfil desses ocorridos atendidos em unidades de saúde e servir como subsídio para a formulação de políticas de saúde, com o intuito de prevenir esses eventos (VIVA, 2013). O Viva é constituído por dois componentes: o Viva Sinan, constituído pela notificação compulsória da Violência Interpessoal/Autoprovocada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), fornecendo dados sobre a vítima, a ocorrência da violência, o provável autor da agressão, motivação e demais encaminhamentos; e o Viva Inquérito que busca informações sobre violências e acidentes em serviços de urgência e emergência das capitais brasileiras e dos municípios selecionados, em que são levantadas informações sobre acidentes e violências nessas unidades. A notificação³ só foi inserida no SINAN a partir de 2009, o que colaborou exponencialmente com a expansão do VIVA e garantiu sustentabilidade as notificações de violência. Em 2011 publicou-se a Portaria nº 104 (BRASIL, 2011), e posteriormente, em 2014 a Portaria nº 1.271 (BRASIL, 2014) estabelecendo que a notificação de violência passou a integrar a lista de notificação compulsória, o que, conseqüentemente, universalizou a notificação para todos os serviços de saúde.

A ficha de notificação individual deve ser utilizada para notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT (BRASIL, 2015, p.14).

Em 2014, também, a ficha de notificação passou por alterações. Foram incluídos os campos: Nome Social, Orientação Sexual, Identidade de Gênero, Motivação da violência e ciclo de vida provável do autor da agressão. As alterações buscam atender

³ A ficha de notificação da Violência Interpessoal/Autoprovocada está disponível no site do Ministério da Saúde através do endereço eletrônico:

a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNAI-LGBT), incorporando as violências por motivação da lesbofobia, bifobia, homofobia e transfobia. A notificação também passou a contemplar o que dispõe a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas (PNASPI), ao abordar como motivação o racismo.

O Ministério da Saúde (2015) ainda estabelece que a notificação deve ser feita em duas vias, uma permanece na unidade notificadora enquanto a outra deve ser encaminhada ao setor municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica ou a Vigilância de Agravos Não Transmissíveis (DANT) para a digitação e consolidação dos dados (BRASIL,2015). Quanto a isso, ainda estabelece:

Os fluxos de referência e contrarreferência devem estar configurados em rede, envolvendo os serviços de saúde, assistência social, educação, conselhos tutelares, conselhos de direitos, de proteção, de justiça, além de organizações governamentais, não governamentais e setor privado. Propõe-se que a notificação represente um instrumento chave para a organização da gestão e dos serviços de atendimento e proteção integral destinada às pessoas em situação de violência (BRASIL, 2015, p.15).

Em síntese, o Ministério da Saúde apresentou uma importante evolução na legitimação da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, mas esses esforços institucionais têm sido, de fato, suficientes para contextualizar a magnitude da violência?

3 ESTUDO DE CASO: A NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/ AUTOPROVOCADA EM FRANCA-SP

Para subsidiar a análise e o estudo proposto, buscou-se junto à Vigilância Epidemiológica da Secretária de Saúde de Franca-SP os dados registrados no referido município quanto a violência, considerando a princípio para análise da Tabela I, os três últimos anos (2015, 2016, 2017). É importante salientar que as demais análises serão realizadas sob as notificações feitas em 2016.

Uma das primeiras observações a ser feita é que de 2015 a 2017 a notificação a respeito de violência foi de vinte casos para 248 como ilustra a Tabela I.

Tabela 1- Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada por Sexo segundo Ano da Notificação de 2015 a 2017.

INVESTIGAÇÃO DE VIOLENCIA INTERESSUAL/AUTOPROVOCADA					
Frequência por Sexo segundo Ano da Notificação					
Ano da Notific	Masculino	%	Feminino	%	Total
2015	6	30,0	14	70,0	20
2016	38	40,4	56	59,6	94
2017	103	41,5	145	58,5	248
Total					362

Fonte: Tabela elaborada por Larissa Cristina Bedo , dados SINAN-NET⁴.

Nitidamente ao observar a Tabela I, percebe-se que houve um aumento exponencial de 2015 a 2017, um aumento que representa quase 100% do registro da violência em pouco menos de dois anos. Cabe alguns questionamentos para análise que segue: o que houve nesse curto período, um aumento real da violência ou um aumento da notificação?

Os dados da Secretária de Saúde também demonstram que as mulheres⁵ (cis e trans/travesti) nos três anos têm constituído o grupo social mais atingido pela violência com uma média de 62,7% dos casos notificados, enquanto homens (cisgêneros) representam uma média de 37,3% dos casos. Ao focar no ano de 2016 percebe-se que o mesmo ocorre no campo referente ao “Tipo de Violência”, as mulheres seguem representando a maior frequência dos tipos de violência.

A maior ocorrência de Violência foi a caracterizada como “Física”, seguida da Violência Sexual e Psicológica/Moral. Dos 76 casos de Violência Física registradas, 53,9% foram agressões às mulheres, meninas e garotas. Das 22 ocorrências de Violência Psicológica/Moral, 72,7% foram direcionadas às mulheres, meninas e garotas. Dos 20 casos de estupro registrados, 90% foi contra mulheres e meninas. De um total de 94 casos notificados nas unidades de saúde do município em 2016, 16% foi violência contra mulheres gestantes, 27,7% contra mulheres solteiras, 14,9% em uma União Consensual/Casadas, 3,2% separadas e 14,8% crianças do sexo feminino.

⁴ Pesquisa coletada com os dados digitados no SINAN-NET até o dia 23 de outubro de 2017, os números podem ter aumentado pela ocorrência do registro de mais notificações desde o período.

⁵A violência contra mulheres transexuais e travestis foi apontada como cerca de 3% da violência e nenhum homem transexual foi assinalado nas violências notificadas pelas unidades de saúde de Franca em 2016. Número que de longe representa de fato a realidade, sobretudo, pelo Brasil ser o país que mais mata transexuais no mundo (TGEu, 2016). Logo, quando me refiro a mulheres neste trabalho também está sendo considerado o percentual de 3,2% assinalado como mulher transexual e travesti nas notificações registradas.

O levantamento apontou também que 73,4% dos prováveis autores da agressão são do gênero masculino, e que 61,7% das violências aconteceram no espaço da residência. Dos casos registrados 40,4% foram contra crianças e adolescentes do município, destes 66% foram direcionados a meninas. Das violências notificadas em 2016 nas unidades de saúde de Franca 16% das pessoas possuem algum tipo de deficiência ou transtorno, 14,9% foram praticadas pela própria pessoa e 18,1% foram assinaladas como “lesão autoprovocada”, em que desses 11,7% foi de mulheres. Percebe-se nitidamente aqui que o que foi assinalado como “lesão autoprovocada” não necessariamente foi também assinalado como violência praticada pela própria pessoa, um fato que traz questionamentos quanto ao próprio processo de notificação.

Esses dados trazem bastantes elementos para muitos debates, dentre eles a própria violência de gênero contra mulheres, no entanto, por mais que houve uma predominância de violência contra mulheres, meninas e crianças, os dados pouco dizem (ou o faz de uma forma bem incipiente) sobre quem são essas mulheres, meninas e crianças, ou melhor, quem é essa população que buscou atendimento nos serviços de pronto atendimento da cidade de Franca-SP em 2016. Uma parcela significativa dos dados para ambos os gêneros foi assinalado como “ignorado” ou deixados em branco, sobretudo os campos que qualificam um perfil da pessoa vítima de violência, tais como: escolaridade, raça, orientação sexual e identidade de gênero, campos considerados essenciais na ficha de notificação, ou seja, mesmo não sendo necessário para digitação representam um dado fundamental para o registro.

No ano de 2016 em Franca 67 fichas foram preenchidas como “ignorado/branco” no campo que condiz a escolaridade, isso quer dizer que 71,3% do total de 94 fichas não foram identificadas o grau de escolaridade das pessoas atingidas pela violência. Do total de ficha de notificação no ano de 2016, 47,9% de raça/etnia⁶ foi como “ignorado/branco”. Por outro lado, o campo “identidade de gênero” e “orientação sexual” constitui um dado de preenchimento obrigatório se a vítima é maior ou igual a 10 anos. É preciso destacar que embora a homossexualidade tenha sido a maior frequência assinalada com 60,6% dos casos, houve também como “não se aplica” uma porcentagem de 17% e “ignorado” 21,3% das notificações. Somada as duas, cerca de 36,3% das pessoas simplesmente não tiveram suas sexualidades assinaladas. Quanto à identidade de gênero houve uma quantidade significativa também assinalada como “ignorado” 30,9%. O “não se aplica”, no caso da orientação sexual, remete ao

⁶ Raça/cor é uma variável que deve seguir o padrão de autodeclaração estabelecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (VIVA, 2015).

preenchimento de crianças menores de 10 anos que no ano de 2016 totalizaram 10 crianças, ou seja, foi assinalado como “não se aplica” muito mais do que deveria.

Tabela 2 – “Essa Violência foi motivada por:

INVESTIGAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA 2016- SinanNET		
ESSA VIOLÊNCIA FOI MOTIVADA POR:		
MOTIVO	FREQUÊNCIA	%
SEXISMO	6	6,4
HOMOFOBIA/LESBOFOBIA/BIFOBIA/TRANSFOBIA	0	0
RACISMO	0	0
INTOLERANCIA RELIGIOSA	0	0
XENOFOBIA	0	0
CONFLITO GERACIONAL	8	8,5
SITUAÇÃO DE RUA	3	3,2
DEFICIÊNCIA	2	2,1
OUTROS	30	31,9
NÃO SE APLICA	16	17,0
IGNORADO	29	30,9
TOTAL	94	100

Fonte: Tabela elaborada por Larissa Cristina Bedo, dados SINAN-NET

A ficha de notificação de violência contém um campo denominado “Essa violência foi motivada por” é um local de preenchimento obrigatório que desafia o profissional a apreender na dinâmica do atendimento a vítima de violência a motivação que mais contribuiu para a ocorrência (VIVA, 2015).

Nesse sentido, se a violência contra mulher em Franca-SP, representou um número acima de 60%, por que então apenas 6,4% foi indicado como violência motivada por sexismo? Se 16% da violência foi direcionada a pessoas com deficiência ou com algum transtorno mental, por que só metade disso foi marcado como motivação? Se ainda, 4,3% da violência registrada foi contra pessoas LGBT, por que 0% foi assinalado como motivação? Se 17% representa violência contra pessoas pretas e pardas porque 0% foi assinalado como racismo? É sabido que em nem todas as vezes a violência vai ser motivada única e exclusivamente pelo grupo social a qual a pessoa pertence, mas somado a escolaridade, raça/cor, sexualidade e identidade de gênero, as maiores

frequências assinalada foi “Outros” ou “Ignorada”, isso revela bastante sobre a qualidade da transcrição dos dados.

Fica nítida a necessidade de os serviços de saúde promoverem a ampla qualificação das equipes para realização da notificação, de forma adequada.

Geralmente essa ficha não é preenchida completamente ou da forma que deveria, pelo tempo restrito do atendimento e a quantidade precária de profissionais (Assistente Social de uma unidade de pronto atendimento).

E isso nos leva a reconhecer a existência da subnotificação e a alçar muitos questionamentos quanto a magnitude das violências que são notificadas e mais que isso, o que envolve e contribui para o processo de subnotificar.

Em 2016, 97,9% das notificações foram realizadas pelas unidades públicas de pronto atendimento em Franca-SP e apenas 2,1% foram notificações das unidades de saúde privada. Em que 100% das notificações foram de unidade de saúde. Se levado ao pé da letra, esse dado demonstraria que pessoas que tem planos de saúde privado não passam por situações de violência, o que se sabe não ser verdadeiro.

A fim, justamente de uniformizar e padronizar os procedimentos referentes as notificações e a coleta de informações o Ministério da Saúde não só estabelece que é de responsabilidade das unidades de saúde públicas e privadas, como também atribui a outros setores como a Educação, Assistência Social, Conselhos, Segurança Pública e outros, a responsabilidade de comunicar as autoridades de saúde. Deve haver uma troca de informações, não só dos serviços de saúde informar e encaminhar a outros setores, mas dos serviços de saúde também serem comunicados (BRASIL, 2016).

Como resposta, a política de saúde tem encaminhado a outras políticas, mas os encaminhamentos também não representam as violências, haja vista a quantidade de crianças e adolescentes (40,4%) que foram vítimas de violência e a quantidade que foi encaminhada ao Conselho Tutelar (15,9%), por exemplo, ou a quantidade violência contra mulher (62,7%) e a quantidade encaminhada da Delegacia de Defesa da Mulher (23,4%). Quanto aos encaminhamentos uma das(os) assistentes sociais entrevistados também tem algo a destacar:

[...] os encaminhamentos, que eu acredito que ficamos devendo muito. Porque a primeira parte são dados mais gerais de identificação do paciente. Agora a parte do encaminhamento me chama bastante atenção, até porque muitos dos encaminhamentos que são feitos por mim não fica registrado na notificação. Os casos são me passados, mas não com a notificação e não tem esse retorno (Assistente Social de uma unidade de Pronto Atendimento de Franca)

Apesar do esforço de alguns profissionais para garantir que eventos violentos sejam notificados, percebe-se que muito do que tem sido realizado não tem sido registrado.

Outra perspectiva para a análise é o acolhimento e preenchimento da ficha de notificação. Como apontado nas entrevistas, geralmente o preenchimento da notificação se dá pela equipe de enfermagem. Mas o que isso quer dizer quanto a qualidade dos dados? A enfermagem é uma profissão, assim como o Serviço Social, que tem particularidades históricas que refletem no campo profissional. Como o Serviço Social, enfermagem é uma profissão também extremamente desvalorizada, se comparada a outras profissões. A equipe de enfermagem possui os salários mais baixos enquanto profissionais da área técnica. Faz-se necessário destacar que essa desvalorização profissional em algumas profissões não é pontual e nem a-histórica, a enfermagem, assim como o Serviço Social, é uma profissão historicamente e majoritariamente composta por mulheres, o que esbarra na divisão sexual do trabalho. Nesse sentido, a questão da subnotificação da violência também esbarra na formação e capacitação que estas e estes profissionais recebem tanto na graduação quanto na formação continuada, pós-graduação e especializações e as capacitações que competem ao empregador.

Diante disso, é possível sintetizar que a questão do mal preenchimento advém de variadas fontes, desde a empatia com a questão até a (des)profissionalização e precarização a qual o trabalho e serviço público e privado está. Mas também esbarra em questões específicas da formação e capacitações desses profissionais, no reconhecimento da totalidade das violências e a percepção e abordagem daquilo que o usuário não declara no atendimento.

E isso nos leva a motivação deste trabalho: o Serviço Social! Os dados expostos até então, apesar dos limites, são suficientes para evidenciar que os assistentes sociais “possuem uma inserção profissional altamente relevante no campo da violência (embora isso nem sempre pareça claro para eles próprios) (SILVA, 2008, p.267)”, um espaço que pode servir como ponto de partida e o de chegada da práxis profissional.

Contudo, é necessário destacar de antemão, que o Serviço Social é uma profissão em que os profissionais possuem limitações concretas vinculadas ao espaço sócio-ocupacional que ocupa na divisão social do trabalho e a sua condição enquanto trabalhador assalariado (IAMAMOTO, 2007, apud SILVA 2015). Mas, é também preciso sustentar, que a formação profissional do Serviço Social, a partir do projeto ético político profissional, é exatamente a crítica a essa ordem hegemônica e seus mecanismos de

produção e reprodução ampliada, ou seja, a crítica as violências enquanto complexos sociais inseridos na totalidade da vida social.

A violência, em suas diversas manifestações contemporâneas mais imediatamente visíveis (física, psicológica, simbólica, estrutural – ou a associação entre elas), possui uma existência real que impacta a vida de seres sociais sob dada historicidade. Sua objetivação não é uma abstração e supõe, necessariamente, para que seja violência, uma realização prática – mais ou menos visível, reconhecida ou não socialmente – capaz de violar, oprimir, constringer ferir e impor interesses e vontades que se sustentam em desejos de indivíduos sociais, situados em uma dada existência que impõe os parâmetros por onde tais subjetividades se formam e se desenvolvem (SILVA, 2008,p.268)

Nesse sentido, por mais pontual que possa parecer um ato de violência, ele será sempre ideado, viabilizado e explicado através de determinadas condições sócio-históricas, como também, não poderá se restringir à esfera individual-subjetiva (mesmo prescindindo dela), já que o ser social não é só classe ou só individualidade, é subjetividade-objetividade, indivíduo e classe (SILVA, 2008). Isso quer dizer que, é preciso uma análise da totalidade que envolve o ato de violência, porque não somos indivíduos desgarrados desta ordem social, de uma cultura, de uma divisão social do trabalho, de uma produção e reprodução da vida. Uma análise dentro da perspectiva da totalidade dá condição e base para que “os assistentes sociais apreendam criticamente as demandas imediatamente enfrentadas, potencializem positivamente essa relação, qualifiquem as possibilidades e os limites da emancipação política em questão e sintonizem a profissão, sem qualquer idealismo, com a emancipação humana” (SILVA, 2008, p.268).

A perspectiva de formação da(o) Assistente Social permite uma apreensão dos desdobramentos da dinâmica familiar e comunitária que contribuíram para um cenário propício ao ato da violência, propriamente dito. É um profissional para prevenção, mediação e proteção, mesmo diante de todos os limites aqui já mensurados.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFSS), esclarece que na área da saúde o objetivo da profissão “*passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões*” (CFSS,2010, p.28). Portanto, localizar o Serviço Social nesse processo é acreditar que aqueles profissionais orientados por uma perspectiva crítica são capazes de apreender como as determinações sociais vão de saúde, perpassam o campo da violência e se convertem em agravos/adoecimentos, mais que isso, enxergar nas determinações, estratégias para o enfrentamento, mesmo que mínimo a essas questões. Como também colaborar

para que a ocorrência de violência se aproxime o mais perto da realidade, de forma a subsidiar na avaliação e planejamento de políticas públicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste estudo não buscou apenas elencar as problemáticas em torno do preenchimento das notificações de violência na política de saúde, mas trouxe proposta para que essas problemáticas possam ser, pelo menos, minimizadas. Fica evidente que dados fidedignos aos atos de violência atendidos nas unidades de pronto atendimento, contribui para uma interpretação e um direcionamento certo de alcance da realidade e da demanda, seja para prevenir ou para o combate à violência. Nesse sentido, que se aposta no Serviço Social como uma profissão privilegiada para a compreensão das nuances dos atendimentos de violência, tanto para transcreve-las, como para auxiliar na elaboração de políticas de combate à questão. Acredita-se que a atuação deste sob uma ótica de totalidade oferece grande contribuição para o enfrentamento das questões que perpassam a violência e o planejar de ações na saúde pública e sociedade, conforme estabelecido na Lei de Regulamentação da profissão como competências da (o) Assistente Social, no seu artigo 4º:

[...] VII- planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais[...] (CFSS,1993.)

Caberia a esse profissional trabalhar juntamente com as equipes de saúde formas de viabilizar um adequado preenchimento das fichas de notificação de violência, o que reflete na qualidade das políticas estruturadas. Nesse sentido, para que os dados sejam reais ou se aproximem da realidade é extremamente relevante que seja feito todo um trabalho de capacitação dos(as) profissionais que estão nas equipes de saúde para que todo evento violento seja devidamente notificado.

Ademais, caberia também a(o) assistente social que faz parte da equipe de saúde, a partir das possibilidades do seu espaço sócio-ocupacional, o compromisso em ter uma direção socioeducativa, orientar, pensar e refletir com os usuários, equipe de saúde e sociedade, a partir das demandas apresentadas, ações que viabilizem o acesso da população à saúde e as demais políticas sociais.

Por fim, “é na dinâmica tensa da vida social que se ancoram as esperanças e a possibilidade de defender, efetivar e aprofundar preceitos democráticos... O projeto profissional do Serviço Social é certamente um desafio, mas não uma impossibilidade, o que se apresenta como obstáculo é apenas a casca do impossível, que encobre as

possibilidades dos homens construir a sua própria história “ (IAMAMOTO, 2007, p.208).

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

_____. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. 2010.

DESLANDES, S. F. Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios. 2000. 236f. Tese de doutorado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

IAMAMOTO, M. V. Serviço Social em tempo de Capital Fetichado: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

MINAYO, M. C. S. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 132p.

SILVA, J. F.S.da. Sociabilidade e Violências: apontamentos críticos. In: COELHO, M.C.R; GENTILLI, R. M. L. (Org). Investigações sobre violência e sociabilidade: desafios transdisciplinares. 1 ed. São Paulo: Veras Editora, 2015, p.41-64.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Impacto da Violência na Saúde dos brasileiros. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf > acesso em 20 out 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Instrutivo de Preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. 2015. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/v99_instrutivo_notificacao_de_violencia.pdf. >acesso em: 6 nov 2017.

_____. Ministério da Saúde. VIGILANCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES (VIVA). 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf > acesso em 16 out 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretara de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 2016. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/25/GVS-online.pdf> . Acesso em: 15 de out de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271 de 6 de junho de 2014.
Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>
acesso em 15 out 2017.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da
Morbimortalidade por Acidentes e Violências. 2001. Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2076.pdf> > acesso em
02 out 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº104 de 25 de janeiro de 2011.
Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html .
Acesso em: 15 out 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial sobre
violência e saúde. 2002. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf> > acesso em 22
out de 2017.