

O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade

Vanessa Almira Brito de Medeiros Galvão

Psicóloga, Mestre em Psicologia pela UFRN, servidora pública da Secretaria Municipal de Saúde de Natal-RN. Avenida Governador Sílvio Pedroza, 159, Ed. Oásis, ap^{ma} 1.102, Areia Preta, Natal-RN, 59014-100, telefones: (084) 3206-1560/8803-1881, e-mail: <vanemedeiros@yahoo.com.br>

Magda Dimenstein

Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN e Dra. em Saúde Mental pelo IPUB/UFRJ. Endereço: UFRN, CCHLA, Departamento de Psicologia, *campus* universitário Lagoa Nova, Natal-RN, 59078-970, e-mail: <madga@ufrnet.br>

Resumo

Pretendeu-se com este estudo discutir os limites e as potencialidades do uso do protocolo de notificação nos serviços de saúde. Foram realizados encontros com cinco unidades, em Natal-RN, para discutir suas demandas, dificuldades e estratégias e para apresentar o protocolo como possibilidade de intervenção. Constatou-se que ele pode ajudar a criar espaços de autoanálise e autogestão, além de potencializar estratégias de cuidado, ao permitir maior visualização do fenômeno. Por outro lado, pode reforçar uma lógica de risco e de controle das pessoas e dos grupos, partindo de uma visão tradicional da epidemiologia. Portanto, mais do que implantar o protocolo, faz-se necessário problematizar o seu uso, levando em conta seus possíveis limites e potencialidades.

Palavras-chave:

Saúde pública; violência; notificação; risco; vulnerabilidade.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo é resultado de uma pesquisa de mestrado que nasceu da inserção profissional da pesquisadora como chefe do Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (NPVPS), situado no Departamento de Gestão dos Serviços Públicos Municipais de Saúde (DGSP) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal-RN.

Na ocasião, o NPVPS, juntamente com o Núcleo de Saúde Mental, Núcleo de Saúde do Trabalhador e Núcleo de Projetos Especiais (responsável pela atenção à pessoa com deficiência e suporte às policlínicas), compunha o Setor de Atenção Especializada do DGSP. Este departamento também era formado por outro setor, denominado de Sistema de Urgência e Emergência, que englobava os serviços de urgência fixos (pronto-atendimento, maternidades e policlínicas) e o serviço de urgência móvel (SAMU).

Do encontro com os profissionais dos distritos sanitários, de unidades de saúde e de outras instituições, começaram a surgir questões sobre como a violência, enquanto demanda de atendimento e intervenção, se apresenta para os profissionais de saúde. Do percurso profissional surgiu o interesse de pensar, no âmbito da academia, o fazer profissional na gestão de um processo de trabalho específico, em relação à rede municipal de saúde. No momento da realização desta pesquisa, o município de Natal tinha diante de si a tarefa de implantar um protocolo de notificação da violência na rede básica de saúde, processo este em curso em outros estados e municípios, simultaneamente.

O Ministério da Saúde, ao longo de 2006, convocou estados e municípios para discutir e elaborar um modelo de protocolo que pretendia ser padrão para o País. Como experiência-piloto alguns municípios concordaram em implantá-lo na sua rede, avaliando o processo, para que viesse a ser de uma vez oficializado no território nacional. Natal foi um dos municípios que fez parte desse processo.

No percurso de construção de uma rede de enfrentamento à violência no âmbito da saúde municipal em articulação com outros setores e órgãos, a notificação da violência destacou-se como tarefa necessária e, ao mesmo tempo, como estratégia possível de enfrentamento do fenômeno, a partir da qual essa rede poderia se organizar. O processo suscitou questões e reflexões acerca do enfrentamento da violência pelo setor saúde, bem como sobre o instrumento em si. É sobre o processo de implantação desse instrumento que vamos aqui tratar.

Portanto, o objetivo deste estudo foi discutir a estruturação da rede de prevenção da violência e promoção da saúde a partir do processo de implementação da notificação em Natal/RN. Além disso, procurou-se problematizar alguns limites e potencialidades do uso do protocolo, a partir do que foi levantado nos encontros com as unidades deste estudo. O objetivo não foi se ater a uma discussão do protocolo em si, mas do seu uso e de suas implicações no fazer profissional da rede básica de saúde.

Nosso campo problemático, portanto, articula violência e saúde pública. Para atingir o objetivo tomamos a definição de violência adotada pela Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e, conseqüentemente, pelas secretarias estaduais e municipais. Esta foi também a definição que norteou a construção do protocolo de notificação da violência denominado “Ficha de notificação/investigação individual – violência doméstica, sexual e, ou, outras violência interpessoais”, alvo da nossa investigação. A OMS (2002) define violência como:

O uso intencional de força física ou poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (p. 5).

Antes de prosseguir convém ressaltar, como apontado anteriormente, que esta pesquisa nasceu da implicação da pesquisadora como gestora de um processo de trabalho específico. Segundo Artières (2004), é da própria implicação do pesquisador que nasce o problema de pesquisa e não há qualquer neutralidade nesse processo. A perspectiva que norteia esta pesquisa rompe, portanto, com a lógica positivista e com qualquer suposição de neutralidade científica.

Trabalhamos orientadas por uma perspectiva de pesquisa-intervenção. Não existe aqui a preocupação ilusória de conter uma subjetividade que, certamente, perpassa o processo de pesquisa e que, em vez de ser um entrave, interessa ao estudo: os processos subjetivos dos profissionais das unidades, dos distritos e mesmo da pesquisadora. A subjetividade é condição ao próprio conhecimento (ROCHA; AGUIAR, 2003). A implicação do pesquisador, longe de ser uma dificuldade ao processo, é, ao contrário, um conceito- ferramenta, instrumento por excelência do pesquisador-interventor (PAULON, 2005).

A ideia de implicação compreende um processo de avaliação contínua por parte do pesquisador em relação a si mesmo e a todo o percurso da pesquisa, desde a problematização da demanda que originou a pesquisa (compreendendo que ela é sempre construída, em diversos níveis), até a análise permanente de todo o percurso metodológico, de intervenção, chegando, inclusive, ao processo de escrita, sistematização e publicização da pesquisa. Neste estudo utilizou-se o campo referencial da Análise Institucional (BAREMBLITT, 1992; RODRIGUES, 2000, 2003; 2004; ALTOÉ, 2004, 2006; PEREIRA, 2007).

2. PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo consistiu no acompanhamento sistemático do processo de trabalho do NPVPS. A equipe do núcleo escolheu algumas unidades onde foram realizadas discussões acerca da violência (como ela se apresentava nos serviços, como os profissionais lidavam com ela, suas estratégias e dificuldades) e a apresentação do protocolo de notificação como estratégia possível de intervenção diante do fenômeno. Esse processo foi parte de uma estratégia mais ampla do DGSP de articulação com os distritos sanitários para potencializar as ações da atenção especializada no âmbito dos territórios específicos da atenção básica.

Para prosseguir na descrição do estudo, convém situar o contexto em que ele se deu: o município de Natal e sua rede de saúde pública. Natal está dividida em quatro zonas administrativas (Norte, Sul, Leste e Oeste) e, para a Secretaria de Saúde, em cinco distritos sanitários (Norte I, Norte II, Sul, Leste e Oeste).

Foram selecionadas unidades de quatro dos cinco distritos sanitários para implantação do protocolo e, portanto, para participação da pesquisa, assim distribuídas, por tipo de serviço:

- D. S. Sul – uma Unidade Mista (aqui denominada apenas de UM);
- D. S. Norte II – duas Unidades de Saúde da Família (aqui denominadas USF 1 e USF 2);
- D. S. Norte I – uma Unidade de Saúde da Família (USF 3); e
- D. S. Oeste – uma Unidade de Saúde da Família (USF 4).

O número de encontros por serviço variou em função de fatores diversos, como a demanda do serviço e a disponibilidade de sua realização. A seguir, está a discriminação do número de encontros, de equipes que compõem a unidade e de participantes nos diferentes momentos. Vale salientar que na UM não há equipe de saúde da família.

- UM: 4 encontros, 8 a 15 participantes;
- USF 1: 4 equipes, 2 encontros, 30 participantes;
- USF 2: 4 equipes, 3 encontros, entre 15 e 30 participantes;
- USF 3: 2 equipes, 3 encontros, entre 8 e 15 participantes; e
- USF 4: 4 equipes, 1 encontro, 12 participantes.

Todos os profissionais desses serviços foram convidados a participar do processo, independentemente do nível ou formação. Assim, nas USFs tivemos, de modo geral: arquivistas, assistentes administrativos, agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem, médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de consultório dentário, além de diretores e, ou, administradores, quando presentes.

Na UM, em comum com as USFs, tivemos: arquivista, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, diretora, administradora e assistente administrativo. O serviço estava com escalas incompletas de médicos por ocasião da pesquisa, de modo que não houve a participação de nenhum profissional dessa categoria. As UMs também não dispõem de ACS. Há ainda uma diferença no perfil desse serviço (por ser unidade básica e pronto-atendimento, simultaneamente), de modo

que contamos ainda com outros profissionais não disponíveis nas USFs pesquisadas: guardas municipais, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos, auxiliares de laboratório e de farmácia e estagiários de enfermagem. Os profissionais participantes tinham entre 25 e 60 anos. A grande maioria era do sexo feminino, com exceção de alguns: um assistente administrativo e um arquivista na UM; um dentista e dois ACS na USF 1; um médico, um dentista e um ACS na USF 2; um médico e dois ACS na USF 3; e um ACS na USF 4. Para efeito da pesquisa foi delimitado o acompanhamento desse percurso no período de maio a novembro de 2007, apesar de o processo de trabalho do NPVPS ser por período indeterminado.

Como instrumento utilizamos o diário de campo, onde foram registrados os eventos, os acontecimentos e as impressões que cada encontro realizado produziu no pesquisador. A entrada em campo e as observações foram norteadas por algumas inquietações acerca da problemática, fundamentadas na literatura do campo, bem como na experiência de gestão. Não trabalhamos com questionário ou roteiro de entrevista estruturado, mas com algumas questões deflagradoras das discussões nos serviços. Essas questões foram sendo delineadas ao longo do percurso, durante o processo de planejamento, discussão com os distritos, ida às unidades e encontro com as equipes. Ou seja, à medida em que os encontros avançavam as questões iniciais incorporavam aspectos levantados nos encontros anteriores e se tornavam mais complexos, chegando à seguinte forma:

- Como é definida a violência? (Como percebem/compreendem esse fenômeno).
- Essa demanda chega à unidade? Que tipo de demanda é essa? Já se deparam com ela? Como lidam? (dificuldades, estratégias que utilizam, etc.) Qual é o papel do profissional de saúde diante da violência? (possibilidades e limites).
- Como veem/recebem a notificação? Como se situam diante da proposta? Qual a importância ou contribuição que ela pode trazer para a rede?
- Que dificuldades se colocam para efetivação desse processo? Como avaliam o instrumento e o seu manejo no cotidiano? A existência desse instrumento muda alguma coisa na prática da unidade diante dessa demanda?
- Quais seriam as melhores estratégias para efetivar a implantação da notificação na rede básica? Como a gestão e o distrito podem contribuir nesse processo?

Os resultados desse processo apontam para possíveis diferentes núcleos de discussão. Este estudo pretendeu focar um deles, que é a discussão acerca das potencialidades e dos limites no uso do protocolo de notificação, ou seja, que práticas e saberes ele pode instaurar e, ou, reforçar, que conceitos e concepções o atravessam e como os profissionais deste estudo se situam diante dele.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo serão apresentados juntamente com a respectiva discussão, separados por blocos temáticos, que na verdade estão interligados. Apenas para efeito de maior clareza textual serão expostos dessa maneira.

3.1. A violência como problema de saúde pública

Esta pesquisa permitiu pensar um pouco acerca da violência como problema de saúde pública, o que é uma construção e não um fato dado. O reconhecimento de que a violência é passível de intervenção no campo da saúde, ou seja, de que ela é um “problema” para esse campo, começa no momento em que ela afeta – quantitativa e qualitativamente – a saúde individual e coletiva da população, requerendo a formulação de políticas específicas e a organização de práticas de prevenção e enfrentamento (MINAYO, 2006).

Apesar de todos os avanços no sentido de maior reconhecimento da violência como um problema de saúde pública, principalmente no campo da literatura e políticas da área (MINAYO; SOUZA, 1999; MINAYO, 2006), ainda se trata de um fenômeno cercado de invisibilidades na prática cotidiana, como foi revelado pelos serviços deste estudo. O reconhecimento da violência pelos profissionais do estudo girou em torno da violência interpessoal contra grupos específicos (crianças, adolescentes, mulheres e idosos), principalmente no âmbito familiar, seguido da violência que ocorre na vizinhança e arredores.

Algumas das invisibilidades constatadas, tanto na prática quanto no próprio protocolo, dizem respeito, por exemplo, aos homossexuais, travestis, homens, etc. Não que estes grupos não sejam mencionados, mas a forma como o instrumento está proposto e o modo como alguns itens estão dispostos contribuem para essa invisibilidade. Outra invisibilidade diz respeito aos próprios profissionais, uma vez que o instrumento é dirigido aos usuários. Este fato não compromete a legitimidade do protocolo, mas aponta para a necessidade de se pensar ações e políticas dirigidas aos profissionais de saúde, no que tange à violência.

Como não existem ações neutras, a notificação da violência, atravessada por tais invisibilidades, pode vir a ser a notificação ou o reconhecimento daquilo que já é visto. Trata-se de um problema que está além do instrumento em si, mas que precisa ser pensado quando se pretende utilizá-lo. Gomes *et al.* (2002) afirmam que a atitude dos profissionais de saúde diante da violência está relacionada àquilo que eles conseguem visualizar como tal. Desta maneira, não é possível esperar uma atuação diante de uma violência que não é reconhecida. Se os movimentos sociais contribuíram para a maior visibilidade da violência, trouxeram também uma identificação prévia de quem pode ser sua vítima – atrelada a uma ideia de vulnerabilidade e fragilidade – e de quem pode ser agressor, em contraposição, já que estes eram movimentos direcionados para grupos específicos (SARTI *et al.*, 2006).

Corroborando a literatura, entre os profissionais deste estudo não existe um consenso em relação ao fato de a violência ser uma demanda para o setor saúde. Mesmo quando reconhecem que a violência se faz presente no seu cotidiano, muitos profissionais não se sentem seguros ou preparados para intervir e não sabem bem qual é o seu papel como profissionais da atenção primária.

3.2. Pensando o protocolo de notificação da violência

É nesse contexto de maior visibilidade ao fenômeno da violência que é elaborada a ficha de notificação. Esta é definida como um instrumento de vigilância epidemiológica, tal como outros já tradicionais no âmbito da saúde pública (BRASIL, 2002). Os estados e municípios brasileiros dispõem, em seus sistemas de saúde, de basicamente dois tipos de dados acerca da violência: os do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) e os do SIH-SUS (Sistema de Informações Hospitalares) (NJAINÉ; REIS, 2005). Além da subnotificação nesses sistemas, a maior limitação em termos de informação é a ausência de um sistema de registro dos casos de violência que não chegam a óbito e que também não demandam internação, ou seja, a violência que chega aos ambulatórios e serviços da rede básica, de forma crônica e não aguda. Por esse motivo, como já foi exposto, o Ministério da Saúde toma a iniciativa de convocar os estados e municípios para elaborar um instrumento que dê conta dessa lacuna.

O instrumento é composto por uma folha, frente e verso, e suas questões estão subdivididas em campos, que englobam desde dados gerais, dados da pessoa atendida, dados de residência, dados da ocorrência, se houve lesão, maior detalhamento em caso de violência sexual, dados do provável autor da agressão, até os dados sobre evolução e encaminhamento, no setor Saúde e fora dele, além da circunstância da lesão definida pelo CID 10 (Código Internacional de Doenças). Apesar de ter formato e apresentação semelhantes aos de outras fichas de notificação, trata-se de um instrumento novo na rotina dos serviços. Algumas considerações precisam ser feitas acerca do ato de notificar. Primeiramente, não é preciso que o profissional tenha a confirmação ou a certeza a respeito da situação de violência. Casos suspeitos ou confirmados podem ser notificados.

Em segundo lugar, faz-se necessário diferenciar a notificação da denúncia. A notificação é uma comunicação formal e institucional acerca de alguma situação específica. Ela, em si, não instaura uma denúncia, contudo nada impede que, paralelamente à notificação, esta seja efetuada. Já denúncia é o nome técnico dado à peça processual que dá início à ação penal promovida pelo Ministério Público. No sentido mais rigoroso do termo, o que cabe ao setor saúde, portanto, é a comunicação formal, a notificação, sendo reservado às outras instâncias a instauração ou não da denúncia (BRASIL, 2002, 2005a).

A notificação da violência, inicialmente, segue os mesmos princípios de qualquer notificação compulsória de agravos já tradicionais na saúde pública (como tuberculose, sarampo, dengue, etc.):

deve ser, antes de qualquer outra coisa, um instrumento de vigilância epidemiológica, ou seja, deve permitir o traçado epidemiológico de uma determinada situação, em um determinado lugar, tendo em vista o estabelecimento de políticas públicas pautadas na realidade local. O seu fluxo, portanto, deverá ser da unidade de saúde notificadora para o respectivo distrito sanitário e deste para o nível central. Quando se tratar de casos de violência contra crianças e adolescentes, conforme exposto no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990), uma cópia deverá ser encaminhada para o Conselho Tutelar da respectiva localidade. No caso da violência contra o idoso, uma cópia deverá ser encaminhada para o Conselho Municipal de Direitos da Pessoa Idosa e, ou, à respectiva promotoria. Cabe a essas instituições procederem às providências legais cabíveis.

Algumas dificuldades, em relação ao ato de notificar, são apontadas pela literatura (FERREIRA *et al.*, 1999; GOMES *et al.*, 2002; GONÇALVES; FERREIRA, 2002). A primeira delas é a quantidade de incertezas envolvidas na identificação da violência, até mesmo pelo fato de que a questão não é abordada nos currículos de graduação e os profissionais e serviços não dispõem de informações básicas sobre o tema que lhes confirmam um mínimo de segurança. Ultrapassada esta dificuldade, surge a dúvida quanto à quebra do sigilo profissional. Quanto a isso, os códigos de ética profissional permitem a sua quebra quando se tratar de situações que impliquem consequências graves para o próprio atendido ou para terceiros. Outra questão é o temor por parte dos profissionais quanto aos transtornos legais que podem advir da notificação.

A relação com alguns serviços, particularmente os Conselhos Tutelares, tem se mostrado uma dificuldade para efetivação do processo, segundo os autores mencionados. Alguns municípios ainda não têm esse serviço, e onde ele existe muitas vezes funciona em condições adversas (falta de infraestrutura, precariedade dos serviços de retaguarda, formação heterogênea dos conselheiros e a grande demanda de serviços que enfrentam). Podem acontecer também divergências na conduta entre as unidades de saúde e os Conselhos, o que pode comprometer ações futuras, conforme apontam os autores.

A falta ou desconhecimento dos serviços que existem no município foi apontada pelas unidades como uma dificuldade para o enfrentamento da violência em nível local, não apenas no que se refere à notificação. Muitas das dificuldades apontadas pelos profissionais deste estudo, no que se refere ao uso da notificação, são as mesmas que se colocam no enfrentamento da violência de modo geral, como a falta de respaldos legais claros, aliada ao medo das represálias e de possíveis transtornos legais advindos desse ato.

Os principais frutos ou “vantagens” da notificação, segundo a literatura na área, são dois: primeiro fica viabilizado um sistema de registro com informações mais fidedignas, particularmente no que se refere a um tipo de dados não contemplados nos sistemas já em uso, conforme exposto anteriormente; segundo, possibilita verificar se o atendimento às vítimas está sendo incorporado às rotinas institucionais (BRASIL, 2002). Contudo, ter um registro sistemático de dados não fornece quaisquer garantias acerca de seu uso ou potencial. Os dados em si não produzem nada se não servirem para embasar ações e políticas concretas em nível local, portanto perdem seu sentido. Além disso, só a notificação não garante que o atendimento esteja incorporado à rotina da unidade. É possível que um profissional preencha a ficha, como se preenche um documento qualquer, e depois se desresponsabilize ou não se envolva mais com aquela situação, crendo que fez o que lhe cabia.

No processo de implantação nas unidades, a ficha foi discutida, campo por campo, e foi proposta a realização de estudos de caso, copiados dos modelos utilizados em um dos treinamentos em Brasília, com a equipe do Ministério da Saúde. Vale salientar que na USF 3 na USF 4 o instrumento, propriamente, não chegou a ser discutido, dentro do período delimitado pela pesquisa.

Na USF 1 houve concordância por parte dos profissionais em passar a notificar, e não foi posta qualquer questão em relação a isso. Na USF 2 houve também a concordância de que qualquer profissional poderia notificar, mas estabeleceram que apenas a diretora assinaria todas as fichas, como forma de resguardá-los. Como está proposto que a notificação deve ser uma ação da unidade e não de profissionais isolados, não há impedimentos quanto a esse procedimento, desde que de fato venha a funcionar. A diretora, por sua vez, não apresentou qualquer objeção, inclusive foi uma das que advogou a favor desse esquema de funcionamento.

Já na UM, chegaram à conclusão de que notificação não poderia ser feita em qualquer lugar ou por qualquer profissional, como será retomado adiante. Uma das enfermeiras sugeriu que fossem eleitas três categorias profissionais que, de fato, iriam realizar a notificação, e que essa decisão fosse de conhecimento dos demais, para que houvesse uma articulação entre todos os profissionais no momento em que se deparassem com essas situações. Como havia, nesse momento, representantes da nutrição, da enfermagem e do serviço social, eles foram apontados e concordaram em participar. Essa escolha foi reavaliada posteriormente e a equipe concordou em mantê-la, fazendo outros ajustes para garantir maior efetividade da ação.

Apreende-se, portanto, que algumas dificuldades e estratégias podem ser comuns a diversos serviços, mas a escolha final de como operar com o instrumento variou de unidade para unidade, o que foi considerado um aspecto positivo do processo: a possibilidade de cada equipe exercer sua autogestão nesse caso. Permitir que cada unidade faça suas escolhas sobre como vai manejar o protocolo no seu cotidiano significa permitir a instauração, ainda que momentânea e esporádica, de espaços de autoanálise e autogestão (BAREMBLITT, 1992). Ao decidir sobre os seus processos de trabalho, os profissionais exercem papéis ativos no seu fazer cotidiano.

Além disso, o protocolo, se manejado como um instrumento complementar às ações diante da demanda da violência, e não como um fim em si mesmo, pode contribuir para maior visualização do fenômeno no cotidiano, já que, diante da tarefa de notificar, o profissional precisará ter olhos mais abertos. Apesar das invisibilidades que atravessam o instrumento, ele contribui para trazer o fenômeno, de forma mais ampla, para o cotidiano dos serviços, minimizando as chances de ele ser simplesmente negado. Por ser mais visualizada, a violência se colocará como demanda de cuidado e intervenção a ser considerada de forma mais presente. Dessa maneira, a presença e o uso do protocolo podem contribuir não apenas para o maior reconhecimento do problema, mas também para a criação/articulação de outras formas de cuidado.

No entanto, juntamente com suas potencialidades, o instrumento tem alguns limites, a começar pelo fato de não contribuir para a visualização da violência como fenômeno mais amplo, no momento em que se dirige a grupos específicos, em detrimento de outros. Além disso, algumas bases em que se sustenta (como o conceito de epidemiologia) lhe conferem outras dificuldades e entraves que precisam ser considerados, e que serão tratados a seguir.

3.3. O protocolo com instrumento de vigilância epidemiológica: entre o risco e a vulnerabilidade

Conforme mencionado, a notificação é definida como um instrumento de vigilância epidemiológica. Epidemiologia é um termo de origem grega que significa: *epi* (sobre), *demo* (população) e *logia* (estudo), ou seja, o estudo sobre a população (BRASIL, 2005b). Os objetivos da epidemiologia são: descrever a distribuição e magnitude dos problemas de saúde das populações humanas, proporcionar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento de doenças, bem como para estabelecer prioridades e identificar fatores etiológicos na gênese das enfermidades. Ela pode ser assim definida:

Ciência que estuda o processo saúde-doença na sociedade, analisando a distribuição e os fatores determinantes das doenças, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações em saúde (BRASIL, 2005b, módulo 2, p. 4).

O foco na doença está claro na definição anterior, o que pode ser entendido como uma consequência do fato de que esse campo foi estruturado, desde o início, para dar conta das causas das doenças, de modo que pudessem ser pensadas ações específicas para a sua prevenção e erradicação (AYRES, 1993, 1997; BARATA, 1997), embora nos últimos anos tenham sido feitas críticas às relações de causalidade (BARATA, 1997) e aos fundamentos epistemológicos da epidemiologia, de modo geral (AYRES, 1993).

De qualquer forma, olhar para a violência sob tal concepção de epidemiologia implica o risco de torná-la uma doença, reforçando o lugar de doença social proposto pela racionalidade médico-

científica (DESLANDES, 2002). Um dos problemas de pensar a violência dessa forma é a consequente busca por agentes etiológicos que isso vai demandar. No caso, haveria a tendência de buscar causas e linearidades, fatores explicativos para o fenômeno. Além de limitador, esse intento seria inútil, já que não se podem localizar causas definidas para a violência, principalmente levando-se em conta as limitações de qualquer instrumento. Além de não ser possível definir as causas precisas, não é possível também tratar a violência como se tratam doenças, ou como se tratam as consequências dela, o que vem a se algo distinto. Além disso, a definição anterior traz a ideia de conhecer o comportamento da doença, com seus agentes etiológicos, para controlá-la.

Seria possível controlar a violência? Ela é parte da vida cotidiana, das relações sociais, na verdade, funcionando às vezes como mecanismo de controle e subjugação do outro, às vezes como meio de expressão em jogos de força e de poder. A ideia de controle da violência pressupõe outra, a de que é possível eliminá-la. Historicamente várias manifestações da violência foram se constituindo, e isso varia em função da época e da cultura. Algumas manifestações podem deixar de existir, mas a violência em si tem atravessado a história da humanidade, desde que o homem é homem. Erradicar a violência ou controlá-la, tal qual uma doença, é utópico. Cabe pensar em formas de negociação de interesses e desejos diversos no meio social, formas de convivência em que se fortaleçam os laços sociais e a reciprocidade como meios de minimizar a violência (VELHO, 2000), mas ela sempre vai existir, porque sempre existirão relações de poder assimétricas e sempre existirão interesses diversos não compatíveis entre as pessoas.

Outra questão pode ser levantada: seria possível prevenir a violência, nos moldes em que se previnem as doenças? Sobre essa questão debruçam-se alguns autores, como Minayo e Souza (1999) e Deslandes (2002), contudo essa discussão específica ultrapassa os limites deste trabalho. O que interessa a este estudo é o conceito de risco, que pode surgir de uma ideia de epidemiologia que atue na perspectiva do controle de causas e agentes. O mapeamento de risco, por exemplo, comum em vários campos da saúde, é uma das principais ferramentas para a elaboração de estratégias de prevenção (CAPONI, 2003). Para este autor, a ideia de risco está atrelada a uma concepção de saúde como um completo bem-estar físico, mental e social, ou seja, um estado de plenitude um tanto idealizado, como define a Organização Mundial da Saúde. Se por um lado ultrapassa a noção de saúde como ausência de doenças, por outro define que tudo o que a ameaça deve ser rechaçado, afastado. Não há lugar para os infortúnios, assim como não há lugar para o risco.

Uma das consequências desse conceito é que o discurso médico acaba assumindo o lugar do discurso jurídico, e tudo aquilo que é perigoso torna-se passível de intervenção, em nome do bem-estar e da proteção da população. A intervenção pública, que antes visava proteger a sociedade dos meios e das pessoas que representassem perigo, inclusive à saúde: "(...) se baseia na certeza de que esta intervenção persegue um objetivo altruísta, seja o caso da recuperação das pessoas ou da prevenção de riscos" (CAPONI, 2003, p. 68).

Na mistura de fronteiras entre público e privado, a normalização de condutas e estilos de vida é parte do próprio nascimento da medicina social (FOUCAULT, 2004). As políticas de saúde convertem-se em intervenções, por vezes coercitivas, sobre a vida privada dos sujeitos considerados 'promíscuos', 'alienados' ou 'irresponsáveis'. Instaura-se, portanto, uma política de saúde que visa o controle não apenas das situações de risco e dos agentes etiológicos, mas das próprias pessoas ou dos grupos de risco.

O que se viu neste estudo é que a violência percebida como demanda aos serviços é aquela que ocorre, prioritariamente, contra grupos específicos: crianças, adolescentes, mulheres e idosos. O protocolo, por sua vez, reforça esse foco, no momento em que torna mais obscura a visualização de outras violências, contra outras pessoas ou grupos. Dessa maneira, ele pode muito bem funcionar sob a ótica do risco. Se isso acontece, uma consequência que já se coloca é a de que a família ou pessoa em situação de violência cai nesse lugar de alvo das políticas públicas que visam ajudá-lo ou mudar sua condição. É vedado a essa pessoa o direito de falar de si, de saber de si, de decidir por si se deseja ser ajudada ou não. Ela simplesmente é ajudada porque faz parte de um grupo de risco. Subtrai-se dela a condição de sujeito desejante.

Assim, a prevenção está ligada à vigilância de prováveis ocorrências de enfermidades, anomalias, comportamentos desviantes a serem minimizados e comportamentos saudáveis a serem maximizados. Trata-se de

prever, antecipar a emergência/aparecimento de acontecimentos indesejáveis, desvios possíveis do normal, entre populações estatisticamente detectadas como de risco (CAPONI, 2003, p. 74).

Faz sentido, portanto, formular políticas e estratégias voltadas para aqueles que estão em situação de risco. Ao privilegiar o risco, no entanto, desprezam-se as necessidades dos ditos normais (AYRES *et al.*, 2003; CAPONI, 2003). Além disso, operar com a lógica do risco significa atrelar ao sujeito uma condição identitária, que normalmente está ligada à raça, escolaridade, condição social, etc. No caso da temática deste estudo, reforçam-se associações entre pobreza e violência ou periculosidade, numa correlação identitária (SAUL, 1999; ZALUAR, 1999). Uma alternativa que vem sendo proposta para avançar nos limites conceituais aqui mencionados é trabalhar com o conceito de vulnerabilidade, para além do conceito de risco. Ela pode ser definida como:

Movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES, 2003, p. 123).

Apesar de não se prescindir das análises epidemiológicas de risco, pois em muitos momentos lança-se mão delas, trabalhar com a noção de vulnerabilidade significa avançar em alguns aspectos. Primeiramente, enquanto o risco nasce da tentativa de buscar relações causais, a vulnerabilidade busca sínteses de fatores. Aquilo que deve ser deixado de fora pela análise dos riscos é o que interessa à noção de vulnerabilidade: “a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não-unívoco, o não constante, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço” (AYRES, 2003, p. 127).

Todos nós vivenciamos vulnerabilidades, que não são fixas, estáticas. Em uma mesma situação estamos vulneráveis a alguns agravos e não a outros, e as dimensões e os graus de nossa vulnerabilidade mudam ao longo do tempo. Significa entender que há sempre gradações, mas todos estão sempre vulneráveis, em diferentes graus, a diferentes coisas. Não se pode falar, portanto, de grupos ou pessoas vulneráveis, pelo menos não no sentido como é lido o conceito de risco. As pessoas podem estar mais ou menos vulneráveis a um determinado fenômeno em dado momento de sua vida, mas isso pode mudar em um próximo momento, dependendo da articulação dinâmica de fatores das mais diversas ordens.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não era pretensão que este trabalho fosse uma discussão final a respeito da notificação da violência, até porque outros estudos já foram realizados e outros ainda virão a ser. Mas pretendeu-se trazer algumas questões importantes acerca do uso do protocolo de notificação na rede básica de saúde. Como foi discutido, lidar com a notificação da violência envolve algumas dificuldades que não se colocam em relação a outros tipos de notificação. Por esse motivo, acreditamos que o modo como os serviços são trabalhados e manejados deve levar em conta essas dificuldades e complexidades, ou seja, deve ir bem mais além da mera distribuição de uma nova ficha às unidades.

Este estudo permitiu lançar um olhar sobre algumas potencialidades e limites do instrumento que, na verdade, não dizem respeito ao protocolo em si, mas ao modo como ele foi manejado nos serviços. O protocolo traz consigo a potência de instaurar espaços de autoanálise e autogestão, além de contribuir para a sistematização ou criação de novas formas de cuidado. Por outro lado, esse mesmo instrumento pode servir apenas como um registro numérico, e nada mais. Mais do que isso, pode servir para instaurar ou reforçar uma lógica de controle das populações identificadas como violentas para as quais se dirigirão as ações. Tal postura ignora a complexidade do fenômeno e dirige ações enviesadas a grupos específicos de forma equivocada, a partir de uma concepção de risco. Como alternativa, o conceito de vulnerabilidade pode ser um caminho interessante, já que se descola das concepções identitárias e se dirige a toda a população.

Em linhas gerais, pretendeu-se com este estudo mostrar que o protocolo pode representar potências e riscos, não em si mesmo, mas pelo lugar que pode ocupar nos serviços e pelo modo como pode vir a ser utilizado. Faz-se necessário, portanto, levar em conta essas questões no momento de se operar a implantação de semelhante instrumento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- ARTIÈRES, P. Dizer a atualidade: o trabalho de diagnóstico em Michel Foucault. In: GROS, F. *Foucault. A coragem da verdade*. São Paulo: Parábola, 2004. p. 5-37.
- AYRES, J. R. C. M. Elementos históricos e filosóficos para a crítica da epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 27, v. 2, p. 135-144, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v27n2/10.pdf>>. Acesso em? 20 Mar. 2008.
- AYRES, J. R. C. M. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- AYRES J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.
- BARATA, R. B. Causalidade e epidemiologia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, n. 4, v. 1, p. 31-49, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701997000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 Mar. 2008.
- BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992.
- BRASIL. *Estatuto da criança e do adolescente*. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.
- BRASIL. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes – um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos, caderno 7).
- BRASIL. *Curso básico de vigilância epidemiológica*. [cerca de 38 p. 2005b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Curso_vigilancia_epidemiologia.pdf>. Acesso em: 20 Mar. 2008.
- CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 55-77.
- DESLANDES, S. F. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- FERREIRA, A. L.; GONÇALVES, H. S.; MARQUES, M. J. V.; MORAES, S. R. S. A prevenção da violência contra a criança na experiência no Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 123-130, 1999.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 20. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.
- GOMES, R.; JUNQUEIRA, M. F. P. S.; SILVA, C. O.; JUNGER, W. L. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, n. 2, v. 7,

2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232002000200008&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 Mar. 2007.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 18, v. 1, p. 315-319, 2002.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 1, v. 4, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?scrip=sci_arttext &pid=S1413-81231999000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 Ago. 2006.

MINAYO, M. C. S. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 11, v. 2, p. 375-383, 2006.

NJAINÉ, K.; REIS, A. C. Qualidade da informação sobre acidentes e violências. In: BRASIL. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 313-340.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS, OPAS, 2002.

PAULON, S. M. A análise da implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, n. 7, v. 3, 2005, p. 18-25.

PEREIRA, W. C. C. Movimento institucionalista: principais abordagens. *Estudos e pesquisas em psicologia*, n. 7, v. 1, 2007, p. 6-16.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia Ciência e Profissão*, n. 23, v. 4, 2003, p. 64-73.

RODRIGUES, H. B. C. À beira da brecha: uma história da Análise Institucional francesa nos anos 60. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 195-256.

RODRIGUES, H. B. C. Do arrependimento dos intelectuais ao triunfo da rosa – análise institucional francesa. *Psicologia em Revista*, n. 13, v. 9, 2003, p. 89-108.

RODRIGUES, H. B. C. Análise Institucional francesa e transformação social. O tempo (e contratempo) das intervenções. In: ALTOÉ, S. (Org.). *Saúde Loucura 8 – Análise Institucional*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 115-164.

RODRIGUES, H. B. C. Os anos de inverno da análise institucional francesa. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, n. 18, v. 2, 2006, p. 29-46.

SARTI, C. A.; BARBOSA, R. M.; SUAREZ, M. M. Violência e gênero: vítimas demarcadas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, n. 16, v. 2, 2006, 167-183.

SAUL, R. P. Comentários sobre violência, cultura, economia e política na sociedade contemporânea. In: *Violência em tempo de globalização*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 118-123.

VELHO, G. Violência, reciprocidade e desigualdade: uma perspectiva antropológica. In: *Cidadania e violência*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Editora FGV, 2000. p. 11-25.

ZALUAR, A. A globalização do crime e os limites da explicação local. In: *Violência em tempo de globalização*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 91-100.

The violence notificaton protocol: between risk and vulnerability

Abstract:

Pretendeu-se com este discutir os limites e as potencialidades do uso do protocolo de notificação nos serviços de saúde. Foram realizados encontros com cinco unidades, em Natal-RN, para discutir suas demandas, dificuldades e estratégias e para apresentar o protocolo como possibilidade de intervenção. Constatou-se que ele pode ajudar a criar espaços de autoanálise e autogestão, além de potencializar estratégias de cuidado, ao permitir maior visualização do fenômeno. Por outro lado, pode reforçar uma lógica de risco e de controle das pessoas e dos grupos, partindo de uma visão tradicional da epidemiologia. Portanto, mais do que implantar o protocolo, faz-se necessário problematizar o seu uso, levando em conta seus possíveis limites e potencialidades.

Keywords:

Public health; violence; notification; risk; vulnerability.